

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Adéla Kratochvílová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví (B5347)

Adéla Kratochvílová

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví (5346R007)

**PREVENTIVNÍ ZDRAVOTNICKÉ PROGRAMY A JEJICH
EFEKTIVITA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Ing. Petra Weberová

PLZEŇ 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Adéla Kratochvílová

Katedra: Katedra záchranářství diagnostických oborů a veřejného zdraví

Název práce: Preventivní zdravotnické programy a jejich efektivita

Vedoucí práce: Ing. Petra Weberová

Počet stran – číslované: 54

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 0

Počet titulů použité literatury: 61

Klíčová slova: zdraví, WHO, WHO programy, Zdraví 2020

Souhrn:

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na zdraví, prevenci a preventivní zdravotnické programy. Nejvýznamnějším představitelem všeobecného zdraví je Světová zdravotnická organizace (WHO). Pozornost je věnována programu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, který je v České republice realizován prostřednictvím akčních plánů. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí má celkem 13 akčních plánů, kterými se bakalářská práce zabývá podrobněji.

Praktická část bakalářské práce je zaměřená na to, jestliže jsou preventivní programy efektivní. Zabývá se tím, zda od jejich realizaci a vývoji nastala nějaká změna a zda je změna pozitivní.

Abstract

Surname and name: Adéla Kratochvílová

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: Preventive healthcare programs and their efficiency

Consultant: Ing. Petra Weberová

Number of pages – numbered: 54

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 0

Number of literature items used: 61

Keywords: health, WHO, WHO programs, Health 2020

Summary:

The theoretical part of the bachelor's thesis is focused on health, prevention and preventive health programs. The most important representative of general health is the World Health Organization (WHO). Attention is paid to the Health 2020 program - National strategy of protection and health support and disease prevention, which is realized in the Czech Republic through action plans. The national strategy for the protection, health support and disease prevention has 13 action plans in total. These plans are further described in detail in the bachelor's thesis.

The practical part of the bachelor thesis is focused on prevention programs are their effectiveness. It deals with whether there has been any change since their implementation and development and whether the change is positive.

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Ing. Petře Weberové a Mgr. Lukáši Martínkovi, Ph.D. za jejich vstřícnost a pomoc při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ZDRAVÍ	14
1.1 Vymezení zdraví	14
1.2 Determinanty zdraví	14
1.3 Životní styl.....	15
1.3.1 Zdravý životní styl.....	16
1.4 Definice nemoci	17
1.5 Zdravotní gramotnost.....	17
1.6 Podpora zdraví a prevence	18
1.6.1 Primární prevence.....	18
1.6.1.1 Specifická a nespecifická primární prevence.....	18
1.6.2 Sekundární prevence.....	19
1.6.2.1 Screeningové vyšetření.....	20
1.6.2.2 Mamografický screening.....	20
1.6.2.3 Cervikální screening.....	20
1.6.2.4 Kolorektální screening.....	20
1.6.3 Terciální prevence	21
1.7 Očkování jeho historie a rozdělení	21
1.7.1 Pravidelné očkování	22
1.7.2 Zvláštní očkování	22
1.7.3 Mimořádné očkování.....	22
1.7.4 Očkování při úrazech a před některými léčebnými výkony	24
1.7.5 Očkování osob cestujících do ciziny	24
2 PREVENTIVNÍ ZDRAVOTNICKÉ PROGRAMY	26
2.1 WHO – Světová zdravotnická organizace	26
2.1.1 Program Světové zdravotnické organizace ČR – Zdravá města.....	27
2.1.2 Program Světové zdravotnické organizace ČR – Zdravé školy / škola podporující zdraví.....	27
2.2 ZDRAVÍ 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí	
28	
2.2.1 Podpora pohybové aktivity.....	29

2.2.2	Správná výživa a stravovací návyky	29
2.2.3	Prevence obezity	30
2.2.4	Duševní zdraví	30
2.2.5	Omezení zdravotně rizikového chování	30
2.2.6	Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí	32
2.2.7	Zvládání infekčních onemocnění	32
2.2.8	Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR	33
2.2.9	Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče 33	
2.2.10	Zjištění kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb	33
2.2.11	Celoživotní vzdělání zdravotnických pracovníků a nelékařských zdravotnických pracovníků	33
2.2.12	Elektronizace zdravotnictví	33
2.2.13	Rozvoj zdravotní gramotnosti	34
2.2.14	Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel	34
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
3	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	35
3.1	Hlavní cíl	35
3.2	Dílčí cíle	35
4	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	36
6	METODIKA PRÁCE	37
7	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	38
	DISKUZE	57
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM LITERATURY	67

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2012 – 2018.....	31
Graf č. 2 Přehled obyvatel ČR s mírnou nadváhou a obezitou v roce 2014.....	38
Graf č. 3 Přehled obyvatel ČR s mírnou nadváhou a obezitou v roce 2018.....	39
Graf č. 4 Nadváha a obezita u dívek a chlapců ve věku 15 let v roce 2014	39
Graf č. 5 Nadváha a obezita u dívek a chlapců ve věku 15 let v roce 2018	40
Graf č. 6 Konzumace ovoce na obyvatele za rok (kg).....	40
Graf č. 7 Konzumace zeleniny na jednoho obyvatele za rok (kg).....	41
Graf č. 8 Prevalence hypertenze v ČR ve věku 25 - 64 let.....	42
Graf č. 9 Počet obyvatel ČR s onemocněním diabetes mellitus	42
Graf č. 10 Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2014 - 2019	43
Graf č. 11 Uživatelé elektronických cigaret v ČR.....	44
Graf č. 12 Věková struktura kuřáku v ČR v roce 2014 a 2019	44
Graf č. 13 Průměrná roční spotřeba alkoholu na osobu v litrech v roce 2014 a 2018.....	45
Graf č. 14 Kuřáci, kteří zvažovali, že zanechají kouření v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret.....	46
Graf č. 15 Počet infekčních onemocnění v ČR	46
Graf č. 16 Proočkovanost dětí hexavakcínou	47
Graf č. 17 Proočkovanost dětí proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám	48
Graf č. 18 Hlášený výskyt spalniček	48
Graf č. 19 Míra účasti žen (45 – 70 let) na mamografickém screeningu	49
Graf č. 20 Pokrytí cílové populace, která podstoupila test na okultní krvácení do stolice..	49
Graf č. 21 Pokrytí cílové populace ČR cervikovaginálním screeninem.....	50
Graf č. 22 Spokojenost hospitalizovaných pacientů v Nemocnici Na Bulovce	51
Graf č. 23 Spokojenost ambulantních pacientů v Nemocnici Na Bulovce	51
Graf č. 24 Počet stížností v Nemocnici Na Bulovce	52
Graf č. 25 Počet nemocnic s akutní péčí	53
Graf č. 26 Počet nemocnic s následnou péčí	53
Graf č. 27 Počet léčeben pro dlouhodobě nemocné	54
Graf č. 28 Případy hospitalizace.....	55
Graf č. 29 Průměrná ošetrovací doba (dny).....	55
Graf č. 30 Zemřelí v nemocnici.....	56

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Očkovací kalendář povinného očkování ČR.....</i>	<i>23</i>
---	-----------

SEZNAM ZKRATEK

ČR.....Česká republika

SZÚ.....Státní zdravotní ústav

WHO.....Světová zdravotnická organizace

NSZM.....Národní síť zdravých měst

ŠPZ.....Škola podporující zdraví

MŠ.....Mateřská škola

MZ.....Ministerstvo zdravotnictví

EU.....Evropská unie

MŽP.....Ministerstvo životního prostředí

ÚVOD

Zdraví by mělo mít pro člověka obrovským význam, jelikož je to jedna z nejdůležitějších životních hodnot, které ovlivňují průběh a délku našeho života. Člověk přispívá svému zdraví z velké míry sám ať už stravou, životním stylem, pohledem na prevenci zdraví, úrovní zdravotní gramotnosti atd. Na zdraví jedince se ale rovněž podílí společnost a prostředí, ve kterém žije. To jak je zdraví důležité nám zdůrazňuje existence programu Světové zdravotnické organizace a Zdraví 2020. Programy mají za cíl dosáhnout u obyvatel co možná nejvyšší zdravotní úrovně. (Libuše Čeledová, 2010)

Začátek práce je věnován zdravím, jeho nejznámější definice a jak je zdraví důležité pro jedince i společnost. Popíši vnitřní a vnější determinanty zdraví. Z determinantů má největší vliv na zdraví životní styl, tudíž práce věnuje pozornost zdravému životnímu stylu a co zdraví poškozuje nejvíce. Nebude opomíjeno ani seznámení s nemocí a její definicí. Vysvětlím důležitost zdravotní gramotnosti obyvatel. Teorii práci dále zaměřím na prevenci zdraví, její rozdělení na primární, sekundární a terciální. V další kapitole se práce zabývá očkováním, kam jsem dodala očkovací kalendář povinného očkování ČR.

Následně v teoretické části bakalářské práce se zaměřím na preventivní zdravotnické programy ČR. Práce obecně popíše Světovou zdravotnickou organizaci, kdy a kde vznikla, hlavní směry a oblasti aktivit organizace. Zaměřím se na programy Světové zdravotnické organizace v ČR, a to na program Zdravá města a Zdravé školy/škola podporující zdraví. V poslední kapitole se zabývám programem Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, který má za cíl podpořit činnost napříč vládou a společnostmi s cílem výrazně zlepšit zdraví a pohodu obyvatel. Konkrétní cíle blíže specifikují tzv. akční plány, který blíže popíši.

Praktická část je zpracována formou kvantitativního výzkumu, díky kterému dojde k získání potřebných dat a naplnění cíle výzkumu. Stanoveny jsou čtyři cíle, které jsou níže popsány, každý cíl má svůj předpoklad.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ

1.1 Vymezení zdraví

Zdraví by mělo patřit do nejvýznamnějších hodnot každého člověka, jelikož díky němu můžeme pracovat, realizovat naše přání a různé životní cíle. Zdraví každého člověka je důležité pro celou společnost, protože každý člověk je důležitým zdrojem pro sociální a hospodářský rozvoj společnosti. Péče o naše zdraví je hlavně naše starost, ale podílí se na něm i společnost a to například výchovou ke zdraví ve školách, která patří do předností základního vzdělání. Kvalita životního prostředí, životní styl, zdravotní gramotnost, genetické faktory, zdravotně preventivní chování, to vše ovlivňuje a utváří zdraví. (Kubátová, 2015) I přes to zdraví nebývá pro každého snadné definovat. Pro většinu lidí zdraví znamená nebýt nemocný nebo nemít žádné bolesti, ale se slovem zdraví souvisí řada dalších pojmů. Jednou z nejčastějších definic pojmu zdraví je definice podle T. Parsonse: „Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“. (Libuše Čeledová, 2010 str. 16) Spolu s ní je dnes rovněž známá definice dle Světové zdravotní organizace (WHO). Ta definovala „zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady“ (WHO, 1946). (Nedbalov, 2009) Pokud mluvíme o duševní pohodě ve vztahu ke zdraví, každý jí prožívá jinak a docílí jí svým způsobem. Zdraví se mění a vyvíjí se spolu s vývojem společnosti, rozvoji lékařské vědy, sociálních podmínkách a také závisí na kultuře.

Můžeme tedy říci, že zdraví je uspokojující fungování organismu (homeostáza), který je schopen bránit se a vyrovnávat se s nároky vnějšího i vnitřního prostředí bez toho aniž by došlo k jakémukoliv narušení životních funkcí. Naopak nemoc se definuje jako opak zdraví, tedy kdy dojde k narušení životních funkcí a mechanismy v našem těle se snaží uvést vnitřní prostředí organismu, neboli homeostázu do stavu zdraví. (Čevela, 2015)

1.2 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví ovlivňují naše zdraví. Rozdělují se na vnitřní a vnější determinanty. Můžeme je také rozdělit na negativní a pozitivní, kdy pozitivní determinanty mohou

působit jako zdraví posilující a chránící, zatím co negativní determinanty jako zdraví oslabující a vyvolávající nemoc.

Mezi vnitřní determinanty patří naše genetická výbava (dědičnost), kterou získáváme již v ontogenetickém vývoji od svých rodičů. Genetické faktory ovlivňují zdraví kolem 10-15 %. Zdraví též ovlivňuje pohlaví, jsou velké rozdíly mezi zdravím mužů a zdravím žen. Naopak mezi vnější faktory životní styl, kvalita životního prostředí, kvalita pracovního prostředí a zdravotnické služby (kvalita a úroveň zdravotní péče).

Z výše zmíněných vnějších determinantů nejvíce vlivu zaujímá životní styl. Do životního stylu spadá pohybová aktivita, životní úroveň a úroveň vzdělání, stres, způsob stravování, osobní hygiena, sexuální chování, abusus alkoholu, kouření a jiné. Podle Kubátové (2015) životní styl má vliv na naše zdraví nejvíce ze všech druhů determinantů a to z 50 %. Životní a pracovní prostředí má vliv na naše zdraví z 15-20 %, uvádí Kubátová (2015). V životním a pracovním prostředí se například hodnotí ovzduší, voda, hluk, dostupnost zdravotní péče, klimatické podmínky, elektromagnetické záření, bydlení a služby. Jako poslední se na našem zdraví podílí péče o zdraví a zdravotnictví, kde se hodnotí dostupnost zdravotnické péče, rozvoj medicíny a lékařské techniky, úroveň zdravotnictví, řízení zdravotnictví a organizace financování. Dostupnost a kvalita zdravotní péče ovlivňuje zdraví z 10-15%. (Kubátová, 2015)

1.3 Životní styl

Jak již bylo zmíněno v minulé kapitole, největší vliv na naše zdraví má životní styl, způsob našeho života. Životní styl je způsob, kterým žijeme vlastní život a můžeme říci, že odráží postoj člověka, jeho hodnoty nebo pohled na svět. Z velké části je to naše rozhodnutí, jak budeme nakládat se svým zdravím v daných situacích. Můžeme se rozhodnout pro zdravý životní styl a odmítnout možnosti, které zdraví poškozují. Existují lidé, kteří nemají zájem o své zdraví a jsou i lidé, kteří nemají dostatek informací o tom, jak se správně starat o své zdraví.

Rozhodnutí člověka o stylu jeho života však není zcela svobodné. Je v souladu s ekonomickou situací jak společenskou tak individuální, též je v souladu s rodinnými zvyklostmi a tradicemi společnosti. V neposlední řadě záleží na postoji každého člověka, jeho

temperamentu a charakteru, věku, pohlaví, vzdělání, zaměstnání a hodnotové orientaci. (Kubátová, 2015)

1.3.1 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl pomáhá snížit riziko civilizačních onemocnění, jako je cukrovka, obezita, kardiovaskulární onemocnění, nádorová onemocnění a spousta dalších chorob. (Bártlová, 2018) Mezi zásady zdravého životního stylu patří zdravá výživa, pohybová aktivita, dostatek spánku, kouření a malé množství alkoholu, pokud se ho nechcete úplně zříci. Zdravá výživa by měla zahrnovat pestrost potravin zvýšením příjmu vlákniny, konzumovat spíše nenasycené mastné kyseliny, snížit příjem jednoduchých cukrů, bílého pečiva atd. Při přípravě jídel dát přednost vaření, dušení nebo pečení. Pohybová aktivita posiluje náš imunitní a kardiovaskulární systém, zpevňuje svalstvo a napomáhá k urychlení spalování tuků. Dostatek spánku je důležitý k regeneraci celého těla, denně bychom měli spát alespoň 7 hodin, jelikož nedostatek spánku má dopad na naši psychiku a výkonnost. (Babková, 2015) Zdravý životní styl se ale netýká pouze stránky fyzické, ale také se týká naší emocionální a duchovní roviny. Rovina emocionální podporuje naši zdravou mysl a docílíme jí pozitivním myšlením, pozitivním vnímání sebe sama. Duchovní rovina podporuje naši zdravou duši, kdy člověk dokáže docílit vnitřnímu klidu a otevřeností vlastní kreativitě. Zdraví proto poskytuje nejvíc:

- nízká pohybová aktivita
- nesprávná výživa
- kouření
- nadměrná konzumace alkoholu
- nadměrná psychická zátěž
- zneužívání drog
- rizikové sexuální chování

Ovšem pro každého jedince může zdravý životní styl znamenat něco jiného. Jestliže má člověk dostatečné informace o tom, co jeho zdraví podporuje a naopak co mu škodí, pak se může správně rozhodovat. Vzhledem k tomu, že životní styl je zásadní pro zdraví jedince,

je důležité formovat návyky a postoj k zdravému životnímu stylu už od útlého věku v rodině i ve škole. (Kubátová, 2015)

1.4 Definice nemoci

Nemoc je stejně jako zdraví definována z mnoha pohledů. Jednou z jeho definic je, že nemoc neboli choroba či onemocnění je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů. (Libuše Čeledová, 2010 str. 20) Jednoduše je to stav opačný od zdraví. Je to stav, kdy se člověk necítí dobře, nemoc ho omezuje v normálním průběhu života a vyrovnávání se s nároky vnitřního a vnějšího životního prostředí. Člověk, který je nemocný se hůře adaptuje na okolní podněty. Nemoc má svá klinická stádia, rozdělují se na latentní stádium, kdy se zatím nemoc nijak neprojevuje. První nespecifické příznaky se objevují v prodromálním stádiu. V manifestním stádiu jsou nespecifické i specifické příznaky nemoci. Následuje stádium rekonvalescence, které může skončit úplným uzdravením, ale také neúplným uzdravením. Pokud se léčba nemoci podcení a dojde k neúplnému uzdravení, přechází nemoc do chronicity a může skončit i smrtí. (Libuše Čeledová, 2010)

1.5 Zdravotní gramotnost

Jedná se o schopnost, kdy člověk dokáže získat, pochopit, použít informace o zdraví a následně s nimi nakládat tak, aby se o svém zdraví rozhodoval správně. Lidé mají možnost rozšiřovat své znalosti ve prospěch svého vlastního zdraví, zdraví svého okolí a orientovat se v systému sociální a zdravotní péče. Zdravotní gramotnost obyvatelstva má celkový dopad na jeho zdravotní stav, a také na kvalitu péče o zdraví. Pokaždě je zdravotní gramotnost osob nízká nebo omezená, uvádí se, že mají horší zdravotní stav než jejich gramotnější protějšky, jelikož se lidé špatně rozhodují a mají rizikovější chování ohledně zdraví. Následky nízké zdravotní gramotnosti lidí jsou výrazná odčerpávání finančních zdrojů ve zdravotnickém systému. (Bártlová, 2018)

Lidé jsou nabízeni k tomu, aby si vybrali zdravý životní styl, ale nejsou k tomu plně podporováni. Dnešní moderní společnost aktivně rozšiřuje nezdravý životní styl a systémy zdravotní péče se tak obtížněji orientují, tudíž získala zdravotní gramotnost v posledních letech značnou pozornost po celém světě. (Bártlová, 2018)

1.6 Podpora zdraví a prevence

Definice podpory zdraví podle Čevely (2015) zní: „Podpora zdraví je souhrn činností pomáhajících lidem posilovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví“. (Čevela, 2015 str. 17) Zdraví lze podporovat z pohledu jedince a samozřejmě i společnosti. Jedinec může podporovat na svém zdraví pomocí zdravého životního stylu a pečování o životní prostředí. Docílení podpory zdraví u obyvatel je možné pomocí komunikace, oznámením o veřejných službách, kampaně, dnes moderní účinné newslettery, zvýšení vzdělání obyvatel, zdravotní gramotnosti atd. Podpora zdraví jde ruku v ruce s prevencí. Prevence je soubor opatření, která přecházejí nežádoucím jevu, jako je hlavně nemoc, ale mohou to být i opatření před drogovými závislostmi, zločinům, násilím, nehodám aj. a zaměřují se na jedince nebo na celou společnost. Veškeré intervence, které se týkají prevence, jsou účelné podávány zdravým jedincům. Preventivní intervence zahrnují očkování, léky, poradny o rizikovém chování a v některých neobvyklých případech i operaci. (Chaisson, 2020) Většina lidí chápe, že prevence je důležitá pro jejich zdraví a předcházení nemocí, ale jsou i lidé, kteří si myslí, že když je nic nebolí, jsou zdraví a nepotřebují navštěvovat lékaře. Základní rozdělení prevence je podle času na prevenci primární, sekundární a terciální. Dá se též rozdělit na zdravotnickou a pedagogickou, ale následně se budeme zabývat rozdělením základním. Primární prevence je zaměřena na podporu zdraví a jeho upevňováním, zatím co sekundární a terciální prevence už je záležitostí především medicínské. (Kubátová, 2015)

1.6.1 Primární prevence

Má za cíl bránit vzniku onemocnění a předcházet problémům spojených s výskytem sociálně patologickým jevům. Má za úkol eliminovat rizikové faktory jako je například kouření, nadměrná konzumace alkoholu, bezpečnostní pásy v autě a mytí rukou před jídlem. Primární prevence zahrnuje očkování, které účinně chrání před nákazou určitých nemocí. Dalším cílem je, aby cílové skupiny získaly znalosti a postoje podporující zdravý životní styl a dokázaly je ve svém životě uplatnit. Primární prevence se dále rozděluje na specifickou primární prevenci a nespecifickou primární prevenci. (Kubátová, 2015)

1.6.1.1 Specifická a nespecifická primární prevence

Specifická primární prevence je zaměřena na konkrétní riziko nemoci a také na jasně definovanou cílovou skupinu, která je charakterizována výskytem rizikového chování. Jedná se o různé aktivity a programy, které jsou specificky určeny například pro děti a mládež, za účelem omezit a předcházet výskytu jejich rizikového chování. Specifická primární prevenci

můžeme dále dělit na 3 typy. (Maňasová 2019) Prvním typem je všeobecná primární prevence, kdy se jedná o programy, které jsou zaměřeny pro běžnou populaci dětí, dospívajících i dospělých. Realizují je většinou neziskové organizace a pedagogicko-psychologické poradny přímo ve školách.

Selektivní primární prevence je druhým typem a je zaměřena na osoby nebo skupiny osob, které jsou více ohroženy zvýšenou přítomností rizikových faktorů pro vznik rizikového chování než jiné skupiny. Skupiny, se kterými se pracuje, jsou spíše menší nebo se pracuje jen s jednotlivci. Identifikovat rizikové skupiny lze na základě biologických, psychologických, sociálních nebo environmentálních rizikových faktorů, ale také podle pohlaví, věku, místa bydliště a rodinné historie. Při práci s touto rizikovou skupinou se klade větší důraz na vzdělání preventisty.

Indikovaná primární prevence je typ třetí a zabývá se jedinci, kteří jsou výrazně vystaveni působením rizikových faktorů anebo se již projevy rizikového chování vyskytly. Cílem indikované primární prevence je zachytit problém co nejdříve, správně ho identifikovat a vyhodnotit potřebná opatření a ty co nejdříve zrealizovat. Úroveň této prevence už vyžaduje speciální pedagogické a psychologické vzdělání pro práce preventivy. (Miovský, 2020), (Maňasová 2019)

Nespecifická primární prevence je nedílnou součástí specifické prevence. Do této prevence se řadí aktivity, které nemají spojení s rizikovým chováním a které pomáhají snižovat riziko vzniku rizikového chování. Navíc sem patří veškeré aktivity, které podporují zdravý životní styl. Mezi takové aktivity patří sportovní a jiné zájmové kroužky. Cílem nespecifické prevence je přijmout odpovědnost za vlastní zdraví, posílit svou vlastní osobnost a naučit člověka zvládat a řešit problémy. (Maňasová, 2019)

1.6.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na včasnou diagnostiku nemoci a včasnou terapii. Cílem je zamezit vzniku nežádoucích progresy nemoci a vzniku komplikací. K hlavním metodám sekundární prevence patří screeningová vyšetření nebo preventivní prohlídky. (Kubátová, 2015)

1.6.2.1 Screeningové vyšetření

Metoda screeningu se provádí preventivně u zdravých osob, z důvodu zachycení onemocnění v časném stadiu. Její výhodou je, že ji lze na cílenou skupinu aplikovat snadno a rychle. Vyšetřením prochází více jak tisíce osob, tudíž musí být dostatečně senzitivní, aby rozpoznala příznaky onemocnění. Díky screeningu lze snížit úmrtí na rakovinu a u některých typech rakoviny snížit riziko vzniku. (Armstrong, 2020)

V ČR se lze nechat vyšetřit pomocí screeningové metody na karcinom děložního čípku, karcinomu prsu a karcinomu tlustého střeva. Zdravotní pojišťovny mají v náplni své práce zasílat svým klientům pozvánky na vyšetření, jelikož je stále více nádorů, které jsou odhaleny až v pokročilém stadiu. (Hamplová, 2020)

1.6.2.2 Mamografický screening

V České republice se pomocí této metody v posledních letech každý rok diagnostikuje přibližně 7000 případů s karcinomem prsou a každý rok zemře přibližně 1900 žen. Pokaždě se léčba zachytí včas, zvyšuje to šanci na úspěšný výsledek léčby. Každá žena, která dovrší 45 let má nárok dle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách na screeningové mamografické vyšetření a nezbytná doplňující vyšetření každý dva roky. (Hamplová, 2020)

1.6.2.3 Cervikální screening

Rakovina děložního čípku je v České republice diagnostikována přibližně u 900 žen každý rok. Všechny ženy od 15 let mají dle platné vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách nárok jednou do roka na cervikální screening. Součástí pravidelné preventivní prohlídky u svého registrujícího gynekologa je stěr z děložního čípku, který je odeslán na cytologické vyšetření. Klientka je doporučena na další screeningové vyšetření, jestliže stěr z děložního čípku měl negativní výsledek. Přestože je v České republice dostupné preventivní vyšetření metodou screeningu, počet případů karcinomu děložního čípku je vysoký a často je diagnostikován v pokročilém klinickém stadiu. (Hamplová, 2020)

1.6.2.4 Kolorektální screening

Česká republika zaujímá přední místa ve výskytu karcinomu tlustého střeva a zejména v incidenci u mužů. Každý rok je okolo 8000 nově diagnostikovaných případů a více jak 3000 klientů zemře. Metoda screeningového vyšetření je založena na testech okultního neboli skrytého krvácení do stolice, na které má právo každý muž či žena od 50 let svého věku. V případě nálezu krve ve stolici je test na okultní krvácení za rok opakován,

pokud je opět pozitivní, pacient je doporučen na screeningovou kolonoskopii. (Hamplová, 2020)

1.6.3 Terciální prevence

Poslední terciální prevence se zabývá prevencí následků nemocí, vad, handicapů a omezení další progresu onemocnění. Její náplní je léčba a rehabilitace, za cílem navrátit nemocného do stavu před začátkem onemocnění. Příkladem terciální prevence je cvičení s lidmi, kteří prodělali mozkovou mrtvici nebo infarkt myokardu. Cílem je tedy co nejvíce snížit možné následky nemoci. (Kubátová, 2015)

1.7 Očkování jeho historie a rozdělení

V moderním světě je očkování neboli aktivní imunizace nejúčinnějším nástrojem prevence infekčních chorob. (Fabiánová, 2019) Historie očkování začíná Lékařem Edwardem Jennerem, který si všiml, že dojičky krav, které prodělaly kravské neštovice, nebyly napadeny pravými neštovicemi. Díky tomuto objevu je dnes nastaven celý systém vakcinace. Tím pádem mezi první očkovací látkou, patří očkovací látka proti pravým neštovicím, které byly následně i eradikovány. Další očkovací látka se přidala v 19. století, a to proti vzteklině, kdy Louis Pasteur oslabil původní divoký virus vztekliny. Následovaly další tři očkovací látky a to proti choleře, tyfu a moru. Tyto tři vakcíny byly vyrobené z usmrcených patogenů, na rozdíl od vakcín proti neštovicím a vzteklině, kde byly využity oslabené živé patogeny. Poslední způsob očkování, který byl mimo jiné oceněn Nobelovou cenou, byl objeven Emilem vin Behringem, který objevil pasivní imunizaci, kdy se do těla vpraví rovnou hotové protilátky. Efektivita moderní medicíny ve 20. století se radikálně zlepšila to také díky poznatkům moderních vědních disciplín, jako je biologie a imunologie. V dnešní době je velkým cílem eradikace některých nemocí, jako u pravých neštovic. (Suchánková, 2015)

Při umělé aktivní imunizace docílujeme vzniku imunity očkováním. Očkování je podání mikrobiálních antigen v podobě očkovací látky neboli vakcíny. Po očkování se vytváří v těle specifická imunita vůči určitému antigenu. Vakcíny obsahují antigen, který je upravený tak, aby nevyvolal onemocnění a vyvolal ochrannou imunitní reakci. Výhodou očkování je jeho dlouhodobé ochranné působení, nevýhodou, že ochranný účinek nastupuje později. Očkovací látky se dělí na několik typů:

- neživé
- živé, oslabené

- anatoxiny (toxoidy)
- rekombinantní
- chemovakcíny (Fabiánová, 2019)

1.7.1 Pravidelné očkování

Pravidelné očkování v ČR je povinné a je plně hrazeno pojišťovnou. Zahrnuje očkování proti tuberkulóze, záškrtu, tetanus a dávivému kašli, poliomyelitidě neboli dětské přenosné obrně. Dále se podává vakcína Trivivac, která zahrnuje očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám. V neposlední řadě do pravidelného očkování patří vakcína proti virové hepatitidě typu B a Haemophilusu influenza typu B.

K dosažení potřebné hladiny protilátek se v závislosti na vlastnostech konkrétní očkovací látky aplikuje buď jedna, nebo více dávek základního očkování. Imunity je obvykle dosaženo za jeden až tři týdny po ukončení základního očkování. Podle potřeby se později provádí i přeočkování, aby se imunita nabytá základním očkováním prodloužila.

Pravidelné očkování má svůj očkovací kalendář, podle kterého se provádí očkování. (Trsková, 2020)

1.7.2 Zvláštní očkování

Zvláštní očkování se týká osob, které jsou při pracovní činnosti vystaveny zvýšenému nebezpečí získání infekce. Provádí se tedy například u zdravotníků a studentů zdravotnických škol, kteří jsou očkováni proti virové hepatitidě typu B. U pracovníků u integrovaného pracovního systému se očkuje proti virové hepatitidě typu A. Proti vzteklině se očkují pracovníci laboratoří, kde se pracuje s virulentními viry vztekliny a proti spalničkám u osob na pracovišti infekčním nebo dermatovenerologickém. (Gregora, 2005)

1.7.3 Mimořádné očkování

Typ tohoto očkování stanovuje hlavní hygienik. Provádí se v mimořádných situacích, kdy je ohroženo nebezpečím infekce větší množství osob. Očkuje se například proti viru hepatitidy A při záplavách nebo proti spalničkám při jejich zvýšeném výskytu. (Gregora, 2005)

Tabulka 1 Očkovací kalendář povinného očkování ČR

Termín Věk dítěte	Povinné hrazené očkování	
	Nemoc	Očkovací látka
od 4. dne – 6. týdne	Tuberkulóza (pouze u rizikových dětí s indikací)	BCG vaccine SSI
od 9. týdne (2. měsíc)	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, hepatitida typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Hexavakcína: Hexacima (1. dávka)
4. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, hepatitida typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Hexavakcína: Hexacima (2. dávka-za 2 měsíce po 1. dávce)
11. – 13. měsíc	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna, hepatitida typu B, onemocnění vyvolaná Haemophilus influenzae typu B	Hexavakcína: Hexacima (3. dávka)
13. – 18. měsíc	Spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix M-M-RVAXPRO (1. dávka)
5. – 6. Rok	Spalničky, zarděnky, příušnice	Priorix M-M-RVAXPRO (2. dávka)
5. – 6. Rok	Záškrt, tetanus, černý kašel	dTap vakcína: Infanrix Adacel (přeočkování)
10. – 11. rok	Záškrt, tetanus, černý kašel, dětská obrna	dTap-IPV vakcína: Boostrix polio (přeočkování)

Zdroj: <https://www.vakcinace.eu/ockovani-v-cr>

1.7.4 Očkování při úrazech a před některými léčebnými výkony

Jedním z nejčastějších očkování tohoto typu je vakcinace vůči tetanu. Tato vakcína se používá při úrazech, poranění nebo nehojících se ran, u nichž je nebezpečí onemocnění. Dále se také proti tetanu očkuje v předoperační přípravě, zejména před operacemi na konečnicku nebo tlustém střevě. Očkování se provede očkovačím látkou určenou k aktivní imunizaci podle souhrnu údajů o přípravku této očkovačím látky. V případě pokousání či poranění zvířetem podezřelé z nákazy, se očkuje proti vzteklině. (Gregora, 2005)

1.7.5 Očkování osob cestujících do ciziny

Před odjezdem do zahraničí se doporučují některá očkování. V každém státu je výskyt nemocí různý a proto se doporučují očkování na nemoci, které se v daném státu vyskytují. Mezi povinná očkování je v současné době očkování proti žluté zimnici při cestách do zemí Afriky a Střední a Jižní Ameriky. Při cestách do Saudské Arábie je povinné očkování proti meningokokové meningitidě. Některé státy, např. Indie, vyžadují očkování proti žluté zimnici u cestovatelů, kteří přijíždějí ze zemí, kde se tato choroba endemicky vyskytuje.

Nejčastější doporučovaná očkování jsou proti:

- virové hepatitidě A
- virové hepatitidě B
- břišnímu tyfu
- meningokokové meningitidě typu A a C
- vzteklině
- japonské encefalitidě
- choleře a onemocnění enterotoxigenním E.coli
- klíšťové encefalitidě
- chřipce

Vzhledem k tomu, že volba očkování či antimalarik je závislá na mnoha faktorech související s charakterem pobytu, jeho délkou, způsobem cestování, plánovanou aktivitou a v neposlední řadě i zdravotním stavu cestovatele, není možné přesně stanovit vhodné očkování a antimalarika bez úplných informací. Proto je nejvhodnější se s konkrétními dotazy

obracet na centra cestovní medicíny nebo očkování střediska, která by měla být dostatečně kvalitně vybavena k jejich zodpovězení. (Fabiánová, 2015)

2 PREVENTIVNÍ ZDRAVOTNICKÉ PROGRAMY

2.1 WHO – Světová zdravotnická organizace

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - WHO) je agenturou, která patří pod systém Organizace spojených národů (OSN) a jejím hlavním cílem je dosažení nejvyšší zdravotní úrovně všech národů. Vznikla 7. dubna roku 1946, tento den je každý rok připomínán jako Světový den zdraví. Sídlem organizace se stala Ženeva. V roce 1993 se členem stala Česká republika a dnes má tato organizace celkem 194 členských států, které jsou dále rozděleny do 6 regionů. Nejvyšším orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly - WHA) zasedající každý rok v květnu v Ženevě, kde se scházejí ministři zdravotnictví a delegáti ze všech členských států a diskutují o důležitých otázkách zdravotní politiky aj. Generální ředitelkou byla od roku 2006 paní Dr. Margaret Chan a v roce 2012 ji WHA zvolilo za generální ředitelku po druhé. V květnu roku 2017 byl zvolen pan Dr. Tedros Adhanom Gebreyesus a do funkce, jakožto generální ředitel, nastoupil 1. července 2017 na pět let.

Pro Evropu je sídlo regionální úřadovny v Kodani a zahrnuje 53 států, které se každoročně setkávají a formulují regionální politiku, ratifikují rozpočet a sledují aktivity WHO/Evropa. Od roku 2010 byla regionální ředitelkou Zsuzsanna Jakab a novým rokem 2020 jí nahradil Hans Kluge, její dlouholetý spolupracovník. Zsuzsanna Jakab se stala zástupkyní generálního ředitele.

Mezi hlavní směry činností WHO patří rozvoj a testování nových technologií a postupů pro kontrolu nemocí a řízení zdravotní péče, odborná pomoc při vypracování národních zdravotních strategií, formulace zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států, sledování indikátorů zdravotního stavu populace a ukazatelů hodnotících zdravotnické systémy jednotlivých států. Pokud to shrneme, hlavním cílem WHO je dosáhnout nejvyšší možné úrovně zdraví a vybudovat zdravější budoucnost pro všechny na celém světě.

Pokud se zaměříme na hlavní oblasti aktivit WHO, patří mezi ně:

- Podpora zdraví
- Posilování spolupráce
- Využití poznatků z výzkumu při formulování strategií

- Podpora zdravotní bezpečnosti
- Zlepšení implementace rozhodnutí
- Upevňování zdravotnických systémů (Štěpányová, 2017)

WHO realizuje kampaně a celosvětové programy, které podporují zdraví, kvalitu života obyvatel, prevenci nemocí a jejich odstranění. Mezi ty patří například kampaň, která se týká zvýšením konzumace zeleniny, podpory zdravého a dlouhého života. Dále také snaha o likvidaci nebezpečných infekčních nemocí jako jsou AIDS a malárie, distribuce vakcín, pomocí kterých jsme docílili eradikaci varioly neboli pravých neštovic. (Šafránek, 2016)

2.1.1 Program Světové zdravotnické organizace ČR – Zdravá města

Mezinárodní projekt Zdravá města vznikl za cílem změnit úroveň měst nebo obcí a zlepšit podmínky pro zdravý a kvalitní život obyvatel. Začátkem devadesátých let se do programu zapojila Česká republika a v roce 1994 vznikla asociace s názvem Národní síť zdravých měst České republiky (NSZM ČR), kterou zrealizovalo 11 českých měst. V dnešní době má NSZM ČR 131 členů, kteří mají vliv na dalších 2 113 obcí a měst. Spolu s touto asociací spolupracuje například Státní zdravotní ústav, Ministerstvo životního prostředí ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR a Český ekologický ústav. (Kučera, 2020)

Mezi aktivní činnost NSZM ČR patří tvorba několik tematických portálů a webů, webová stránka s názvem Dobrá praxe / galerie udržitelného rozvoje je inspirací především pro zástupce měst, regionů a obcí, kteří hledají praktické informace. Město mladým dávají možnost mladým lidem využít volný čas pro spolupráci s městem a tak mít příležitost aktivně ovlivnit místo, ve kterém žijí. Mohou se účastnit například různých dobrovolnických činností a kampaních. Stejně tak jako pro mladé lidi, tak i seniory je vytvořena webová stránka s názvem Město seniorům aj. (Vášků, 2020)

2.1.2 Program Světové zdravotnické organizace ČR – Zdravé školy / škola podporující zdraví

Škola podporující zdraví (dále jen ŠPZ) patří do projektů Světové zdravotnické organizace a Česká republika byla zapojena dne 30. října 2002. Státní zdravotnický ústav se sídlem v Praze je garantem a koordinátorem. Projekt ŠPZ zahrnuje mateřské, základní a střední školy celé České republiky.

Cílem není pouze nepřítomnost nemocí, ale tzv. holistické pojetí zdraví což znamená bio – psycho – sociální pohodu a výchova ke zdraví, která je určena nejen pro žáky a studenty, ale také pro učitele, zaměstnance, rodiče a spoluobčany. Program ŠPZ je významný pro včasnou primární prevenci závislostí, civilizačních chorob a antisociálního chování. Účelem proměny je umožnění co nejlepšího rozvoje a vývoje každého jedince ve spolupráci s obcí a rodiči po stránce tělesné, duševní, sociální a duchovní.

Mateřská škola

Mateřské školy, které jsou zařazeny do ŠPZ se opírají o tři pilíře:

1. Pohoda prostředí (zdravá výživa, učitelka podporující zdraví, věkově smíšené třídy, rytmický řád dne, volný pohyb a tělesná pohoda, bezpečné sociální prostředí, spontánní hra)
2. Otevřené partnerství (vztahy s rodiči, začlenění mateřské školy do života obce a spolupráce mateřské a základní školy)
3. Zdravé učení a formální kurikulum podpory zdraví v MŠ

Základní škola

Základní školy, které jsou zařazeny do ŠPZ se stejně jako mateřské školy opírají o tři pilíře:

1. Pohoda prostředí (pohoda sociálního, věcného a organizačního prostředí)
2. Otevřené partnerství (škola jako demokratické společenství a škola jako vzdělávací středisko obce)
3. Zdravé učení (spolupráce ve výuce, motivující hodnocení žáka, smysluplnost výuky, možnost výběru a přiměřenost výuky). (Anschlagová, 2018)

2.2 ZDRAVÍ 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Program zdraví 2020 je Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí a navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva v ČR – Zdraví 21. Zdraví 2020 je nový rámec evropské zdravotní politiky. Jeho cílem je podpořit činnost napříč vládou a společnostmi s cílem výrazně zlepšit zdraví a pohodu obyvatel, snížit nerovnosti v oblasti zdraví, posílit veřejné zdraví a zajistit zdravotnické systémy zaměřené

na lidi, které jsou univerzální, spravedlivé, udržitelné a vysoce kvalitní. Je produktem rozsáhlého dvouletého procesu konzultací napříč regionem i mimo něj a přijalo ho 53 členských států regionu na šedesátém druhém zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu v září 2012. Účelem programu je především nastavení účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace, tudíž prevence nemocí a ochrana a podpora veřejného zdraví. Popisuje způsoby, jak dobré zdraví prospívá všem ve společnosti. Dobré zdraví je životně důležité pro hospodářský a sociální rozvoj a podporuje hospodářskou obnovu. Program zdraví 2020 vytváří tzv. akční plány, které blíže specifikují konkrétní cíle. V této chvíli existuje celkem třináct akčních plánů. (Wasserbauer, 2015)

2.2.1 Podpora pohybové aktivity

Včasná zařazení sportovních činností a pohybové aktivity do života dětí má velký význam v oblasti prevence obezity a některých civilizačních chorob, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus 2. typu, nádorová onemocnění, osteoporóza a psychologická onemocnění.

Mezinárodní doporučení je alespoň 60 minut pohybové aktivity denně, které v České republice nesplňuje naprostá většina dětí. (MZ ČR, 2015a) Pokud se zaměříme na pohybovou aktivitu dospělé populace, je aktivních 46,4 % (MZ ČR, 2015a) dospělých a jejich počet stále klesá. Hlavním důvodem je prudký rozvoj informačních technologií a vzniká nový fenomén tzv. sedavé chování, při kterém lidé zanedbávají jakoukoliv pohybovou aktivitu. Lidé například místo sportovních koníčků a procházek tráví raději čas sledováním televize, sociálních sítí a hraním počítačových her. Můžeme si toho ale všimnout i v jiných situacích, kdy děti ve škole tráví přestávky na mobilních telefonech, často mívají omluvenku z tělesné výchovy a ve volném čase sedí u počítače. Dospělí lidé potom v dnešní době většinou mají sedavé zaměstnání a ve svém volném čase jsou spíše pasivní nežli aktivní a proto je jejich energetický výdej během dne minimální. (MZ ČR, 2015a)

2.2.2 Správná výživa a stravovací návyky

Správná výživa a dostatek pohybové aktivity nejdůležitější faktory, které přispívají našemu zdraví. (MZ ČR, 2015b) Nesprávná výživa se na našem zdraví většinou neprojeví okamžitě, ale až po nějaké době a to v podobě obezity, diabetes mellitus, hypertenze, aterosklerózy s následujícími komplikacemi ve formě mozkové cévní příhody a infarktu myokardu. V tom nejhorším případě díky špatnému stravování vznikají nádorová onemocnění, proto je velmi důležitá prevence. V České republice můžeme zaznamenat vysokou spotřebu

alkoholu, soli, jednoduchých cukrů, živočišných tuků a naopak nízkou spotřebu zeleniny a ovoce.

K nejvíce ohrožené skupině patří děti, jelikož jsou snadno zmanipulovatelné a dále osoby, které jsou socioekonomicky znevýhodněny, nesoběstačné nebo nemocné. Dosažení lepší úrovně zdraví populace napomáhá rozvíjení zdravotní gramotnosti obyvatelstva, vhodné a bezpečné potraviny, posilování zdravotního systému atd. (MZ ČR, 2015b)

2.2.3 Prevence obezity

Obezita a nadváha patří k chronickým neinfekčním onemocněním, které jsou zapříčiněny nesprávné výživy a nedostatkem pohybové aktivity. Přináší mnoho zdravotních rizik jako je vysoký krevní tlak, ateroskleróza, zvýšená krevní srážlivost nebo porucha metabolismu cukrů a tuků. Obezita znamená zvýšené riziko zhoubných novotvarů, onemocnění pohybového a kardiovaskulárního systému, neplodnost, diabetes mellitus, chronická plicní onemocnění a spousta dalších. K příčinám rozvoje obezity přispívají společenské faktory a k nim především patří přílišný příjem soli, cukrů, energie a živočišných kyselin a pak naopak nedostatečný příjem zeleniny, ovoce a tekutin. V neposlední řadě k rozvoji obezity a nadváhy pomáhá stres a socioekonomické nerovnosti. Vzhledem k tomu, že počet výskytu obezity a také diabetu mellitusu roste, problém obezity je velmi důležitý. Pokud se komplexní léčba zachytí včas, nemusejí se rozvíjet další chronická neinfekční onemocnění. Nejdůležitější je vhodná prevence, která účinně zabrání vzniku obezity. Tento akční plán má za cíl zvládnout epidemii obezity, tudíž zabránit navýšení jejího počtu a počtu komplikací. (MZ ČR, 2015c)

2.2.4 Duševní zdraví

Tento akční plán je zaměřený na zvýšení kvality života duševně nemocných osob a to především pomocí primární, sekundární a terciární prevence, díky kterým se dokáže včas zachytit projev nemoci. Součástí zajištění prevence je poskytování služeb v tzv. Center duševního zdraví, rozšíření ambulancí, rozvoj akutních oddělení psychiatrické péče apod. Cílem je osobám duševně nemocným poskytnout péči v jejich přirozeném prostředí, a také celkové zlepšení dostupnosti a kvality péče. (MZ ČR, 2015d)

2.2.5 Omezení zdravotně rizikového chování

Jedná se o zaměření se na primární prevenci rizikového chování u ohrožených skupin dětí v České republice, kontrola tabáku a omezení škod působených alkoholem. V EU je Česká republika jednou z nejhůře hodnocených zemí, co se týká rizikového chování a to

především v oblasti užívání alkoholu, tabáku, konopí a jiných návykových látek. Za rizikové chování se také považuje sexuální rizikové chování, mezilidské agresivní chování, záškoláctví, stalking, rizikové sportovní aktivity, sebevražedné chování apod. (MZ ČR, 2015e)

Nemoci a poškození zdraví způsobené užíváním tabákových výrobků patří v České republice k významným problémům veřejného zdraví, jelikož je prokázáno jeho poškozování zdraví a úmrtnost, které pomocí prevencí lze odvrátit. Hlavními cíli jsou:

1. snížit výskyt současného užívání tabákových výrobků u osob starších 15 let

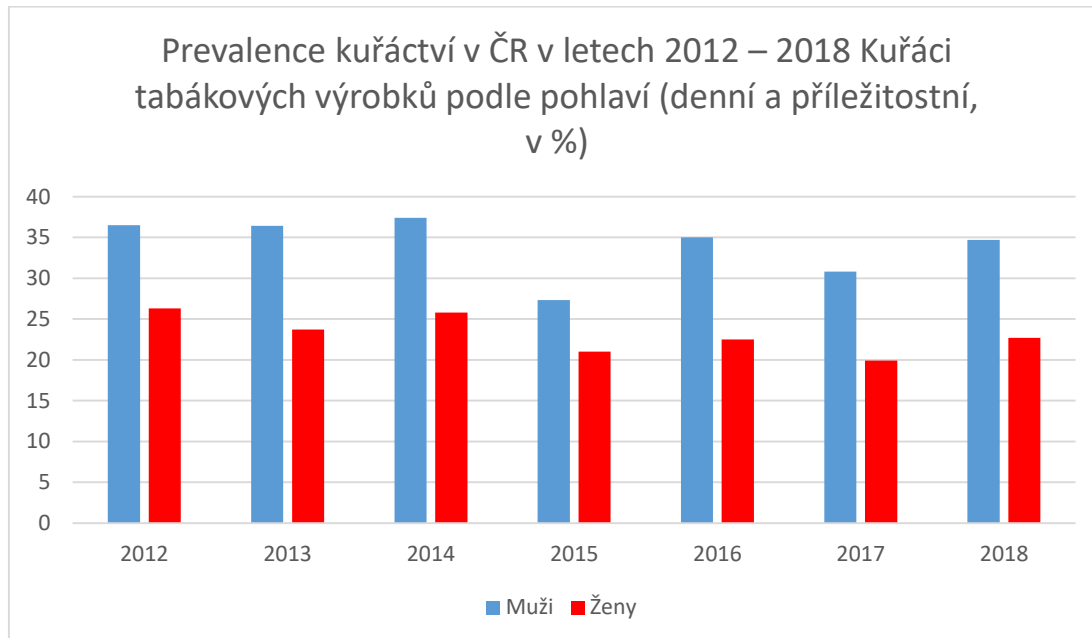
do roku 2018 minimálně o 8 % a do roku 2020 minimálně o 10 % (a do roku 2025 minimálně o 30 %)

2. snížit expozici osob tabákovému kouři v prostředí

3. zajistit další nezbytná systémová a jiná opatření k posílení komplexní ochrany

před škodami působenými tabákem v ČR. (MZ ČR, 2015f)

Graf č. 1 Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2012 – 2018



Zdroj: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf

V České republice se spotřebuje nejen mnoho tabákových výrobků, ale také alkoholových nápojů, které výrazně škodí zdraví populace. Následně mají i dopady na nepřímé náklady v oblasti hospitalizací, vymáhání práva, dopravními nehodami, primární kriminalitu aj. Převažují přímé náklady, které představují zejména léčba závislosti a přiřaditelných onemocnění, dopravní nehody nebo primární kriminalitu. Cílem je proto snížit spotřebu alkoholu a škod způsobenými alkoholem. (MZ ČR, 2015g)

2.2.6 Snížování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí

Kvalita životního a pracovního prostředí má dopad na lidské zdraví, díky znečištěnému prostředí dochází ke vzniku řady onemocnění, úrazů ale i předčasných úmrtí. Ovzduší znečišťuje vysoká intenzita dopravy osob a zboží, která způsobuje i nadměrný hluk a nehody. Pracuje se s chemikáliemi s ne tolik známými dlouhodobými účinky. MŽP ČR ve Zprávě o životním prostředí ČR 2017 popisuje stále neuspokojivou kvalitu ovzduší, i když se snížily emise znečišťujících látek. (MZ ČR, 2018) Ve zprávě je uveden přehled proměn v jednotlivých oblastech, například klima v roce 2017 na území České republiky byla teplotně nadnormální a bylo o 5 tropických dní více než v roce 2016. V roce 2017 se zvýšila jak průmyslová produkce, tak výroba elektřiny o několik procent.

Cílem akčního plánu je:

- 1. Zlepšit prevenci v oblasti hodnocení zdravotních rizik a vlivů na zdraví plánovaných záměrů a koncepcí/strategií*
- 2. Vytyčit efektivní a koordinovaný přístup k problematice hluku a neionizujícího záření ze životního prostředí*
- 3. Minimalizovat zdravotní rizika vznikající při nakládání s odpady (MZ ČR, 2015h)*

2.2.7 Zvládání infekčních onemocnění

Infekční onemocnění jsou stálým nebezpečím pro zdraví osob. Doposud se podařilo eradikovat pouze pravé neštovice. Výskyt infekčních onemocnění bude trvalý a budou se objevovat stále nová. Jedním z nejúčinnějších preventivních opatření je očkování, které stanovuje očkovací kalendář. Z celého světa má Česká republika tento kalendář nejvíce propracovaný. V dnešní době se potýkáme s novým fenoménem odmítání očkovacích vakcín, a to má neblahý dopad na výskyt úspěšně kontrolovaných onemocnění. (MZ ČR, 2015ch)

2.2.8 Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR

Screeningové programy dokáží snížit morbiditu a úmrtnost některých onemocnění a to zejména při časném nálezů zhoubných nádorů. V ČR lze v současné době využít screening děložního hrdla, karcinomu prsu, kolorekta a několik dalších prenatálních a novorozeneckých screeningů. Od roku 2002 v ČR funguje Národní program screeningu karcinomu prsou, od roku 2000 Národní program screeningu kolorektálního karcinomu a až od roku 2009 Národní program screeningu karcinomu děložního hrdla. Akční plán je zaměřen na udržení současného stavu programů zdravotního screeningu a umožnění jeho rozvoje pro zvýšení kvality zdraví obyvatel. (MZ ČR, 2015i)

2.2.9 Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče

Z důvodu narůstajícího počtu starší populace je cílem stále zvyšovat kvalitu, dostupnost a efektivitu poskytování následné, dlouhodobé a domácí péče. Jelikož se akční plán týká poskytováním zdravotně sociálních služeb je odvolán na zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (MZ ČR, 2015j)

2.2.10 Zjištění kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb

Akční plán číslo 9 je tvořen několika základními priority, které se zabývají zlepšováním vzdělávání a edukace zdravotnických pracovníků v oblasti řízení kvality poskytovaných zdravotních služeb. Zvýšení bezpečí jak své tak pacientů a veřejnosti například pomocí intenzivnější informovanosti o bezpečí a kvalitě zdravotnických služeb. (MZ ČR, 2015k)

2.2.11 Celoživotní vzdělání zdravotnických pracovníků a nelékařských zdravotnických pracovníků

Při zpracovávání akčního plánu se MZ ČR zaměřilo na specializační vzdělávání lékařů a zefektivnění výstupu z pregraduálního vzdělávání lékařů, čímž se dosáhne i zkvalitnění zdravotní péče. (MZ ČR, 2015l) Podobně jako u zdravotnických pracovníků se u nelékařských zdravotnických pracovníků je zaměření podobné jako u zdravotnických pracovníků na zefektivnění péče, lepší přípravu na práci ve zdravotnictví a v oblasti prevence nemocí, sebezpečí a zdraví vylepšit edukaci. (MZ ČR, 2015m)

2.2.12 Elektronizace zdravotnictví

Akční plán programu Zdraví 2020 s číslem 11 byl vytvořen v době, kdy probíhaly přípravy Národní strategie elektronického zdravotnictví. Elektronizace zdravotnictví je zaměřena na zlepšení a zjednodušení přístupu k přesným informacím o samotném pacientovi,

jeho zdravotního stavu, léčbě a ostatních důležitých informací zahrnující zdravotnický charakter. Umožňuje také komunikaci v týmu, která je přínosná pro poskytnutí poznatků. Pro pacienty a občany je taktéž přínosem dostatek informací, jenž jim nabídne správné rozhodování o chování ke svému zdraví. (MZ ČR, 2015n)

2.2.13 Rozvoj zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost je důležitou součástí zdravotního stavu jedince a celého obyvatelstva. Projevuje se ve znalosti lidí, jak se dokáží rozhodovat, pokud jde o podporu zdraví, prevenci nemocí nebo zdravotní péči. Podílí se na dopadu a výsledcích činnosti zdravotnictví. V ČR je zdravotní gramotnost obyvatel nízká, především u mládeže a proto je akční plán v této oblasti nezbytný. Na přelomu roku 2014 a 2015 byl proveden v ČR výzkum zdravotní gramotnosti Státním zdravotním ústavem, Českými kanceláři WHO a MZ ČR. Výzkumem bylo zjištěno, že necelých 60% dotazovaných mají omezenou zdravotní gramotnost. (MZ ČR, 2015o)

2.2.14 Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel

Poslední akční plán je nutný k identifikování vážných problémů a stanovení kroků k jejich řešení a sledování. Například jedním ze strategických plánů je pomocí eHealth neboli elektronického zdravotnictví posílit hodnocení ukazatelů zdraví obyvatel. (MZ ČR, 2015p)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

3.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo zjistit, zda jsou preventivní zdravotnické programy efektivní.

3.2 Dílčí cíle

1. Dílčí cíl byl zjistit, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní ohledně omezení zdravotně rizikového chování.
2. Dílčí cíl byl zjistit, zda díky preventivních zdravotnických programů se zvýšil rozvoj vyšetření pomocí screeningů.
3. Dílčí cíl byl zjistit, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní ohledně kvality zdravotnických služeb.

4 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Výzkumný problém bakalářské práce se týká toho, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní. Zabývá se tím, zda od jejich realizace ve vývoji nastala nějaká změna. Jestliže změna nastala, tak jaká změna a zda je pozitivní. Pozorovala jsem například data výskytu obezity a nadváhy a množství konzumace ovoce a zeleniny, jelikož preventivní zdravotnické programy mají za cíl napomáhat zdravému stravování a volbě zdravějšího životního stylu. Nadváha a obezita jsou častou příčinou chronických onemocnění, jako jsou diabetes mellitus a arteriální hypertenze, tudíž jsou tyto onemocnění v grafech též zaznamenána. Preventivní zdravotnické programy mají rovněž za cíl snížit výskyt infekčních onemocnění, proto jsou v grafech zaznamenána data výskytu infekčních onemocnění a proočkovanosť dětí na některé typy vakcín. Dalším cílem preventivních zdravotnických programů je například zvýšení míry účasti na screeningových vyšetřeních, které jsou v grafech též zaznamenána. Ze získaných dat, jsem podle cílů programů, mohla zhodnotit kvalitu zdravotnictví. Hodnotila jsem spokojenost pacientů v Nemocnici na Bulovce nebo počet zemřelých pacientů v nemocnicích.

5 METODIKA PRÁCE

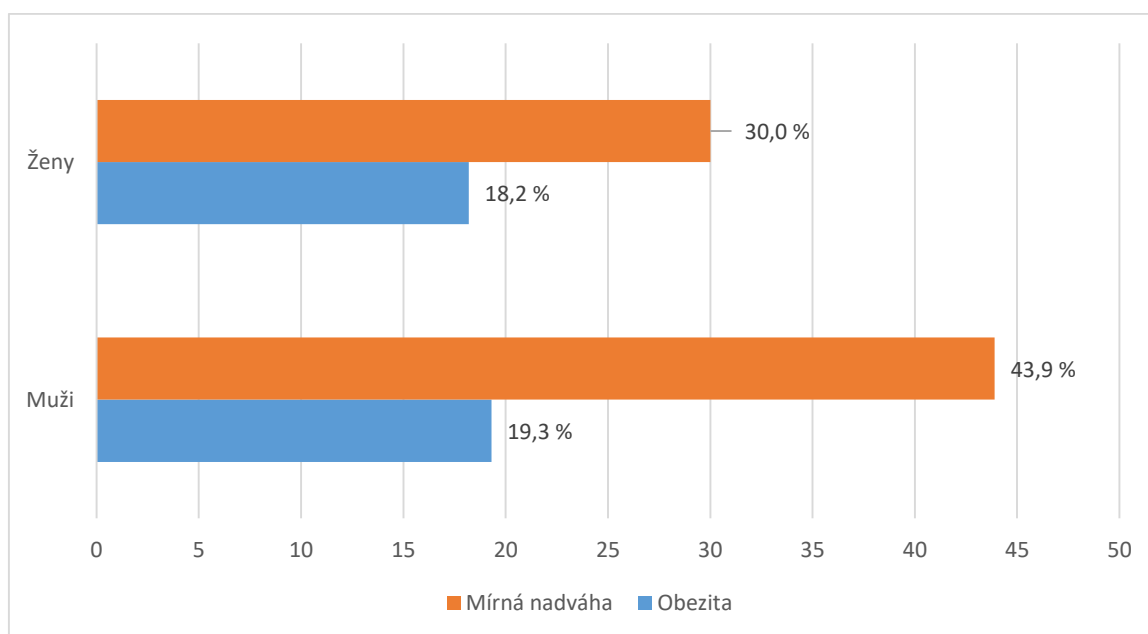
Výzkumné šetření bakalářské práce mělo za úkol zjistit, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní. Základem metodiky práce je systematické a plánovité pozorování zvolených jevů. Pro splnění práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. V kvantitativním výzkumu jsou použity statické metody analýz dat. Statistické metody jsou použity k sumarizaci, zobrazení dat a charakterizaci zkoumaných skupin. Praktická část se tedy skládá ze sběru dat a jednorozměrné analýzy, které nám umožní odhalit efekt preventivních zdravotnických programů.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části bude prezentován vývoj vybraných ukazatelů pomocí grafů a následně popisován jejich průběh. Většina ukazatelů je sledována v letech 2014-2018, jelikož data z roku 2019 většinou nebylo možné nalézt. Pouze u ukazatelů, které sledují informace o kouření, bylo možné nalézt i data z roku 2019. Veškeré grafy poskytují přesné hodnoty vybraných ukazatelů.

Většina dat použitá ke splnění práce poskytl Český statistický úřad, Státní zdravotní ústav a Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

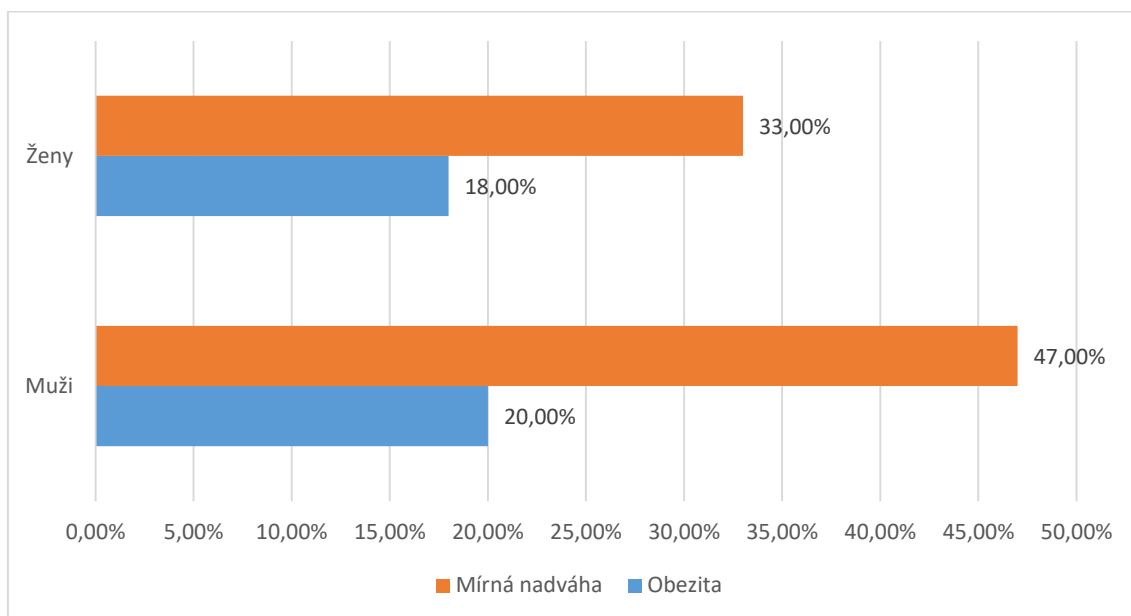
Graf č. 2 Přehled obyvatel ČR s mírnou nadváhou a obezitou v roce 2014



Zdroj: CZSO.CZ, vlastní zpracování

V roce 2014 se vyskytovala nadváha u 30,0 % žen a obezita u 18,2 % žen. U mužů se nadváha vyskytovala v průměru 43,9 % a obezita 19,3 %. Můžeme sledovat, že přítomnost nadváhy byla více u mužů než u žen, zatímco obezita byla podobná u obou pohlaví.

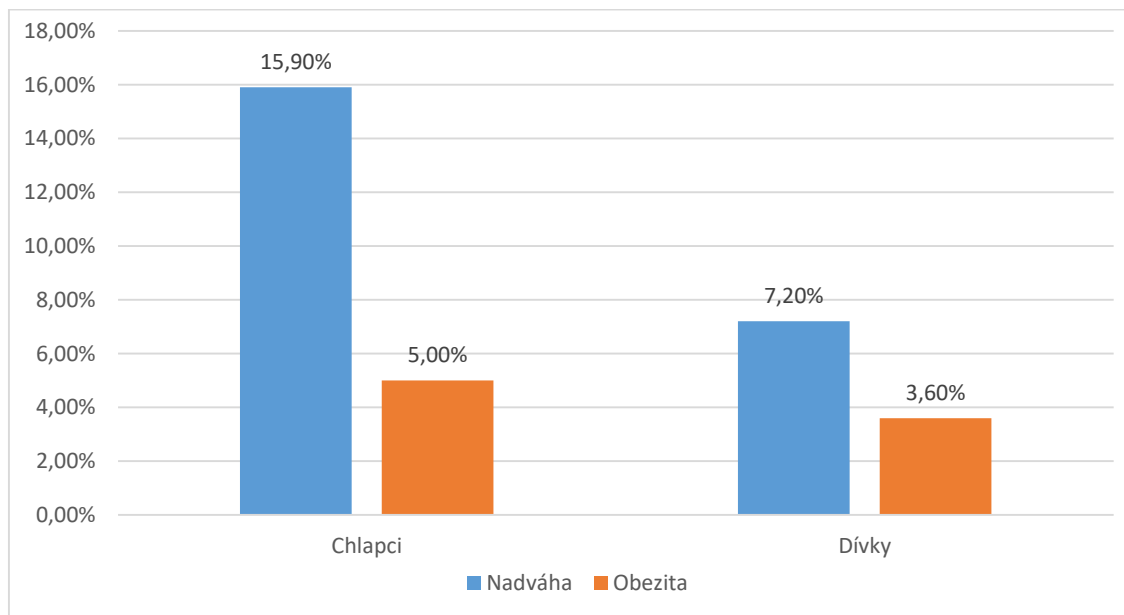
Graf č. 3 Přehled obyvatel ČR s mírnou nadváhou a obezitou v roce 2018



Zdroj: CZSO.CZ, vlastní zpracování

V roce 2018 se vyskytovala nadváha u 33 % žen a obezita u 18 % žen. U mužů se nadváha vyskytovala v průměru 47 % a obezita 20 %. Při porovnání s předchozím grafem můžeme vidět, že během tří let se průměr nadváhy a obezity lehce zvýšil.

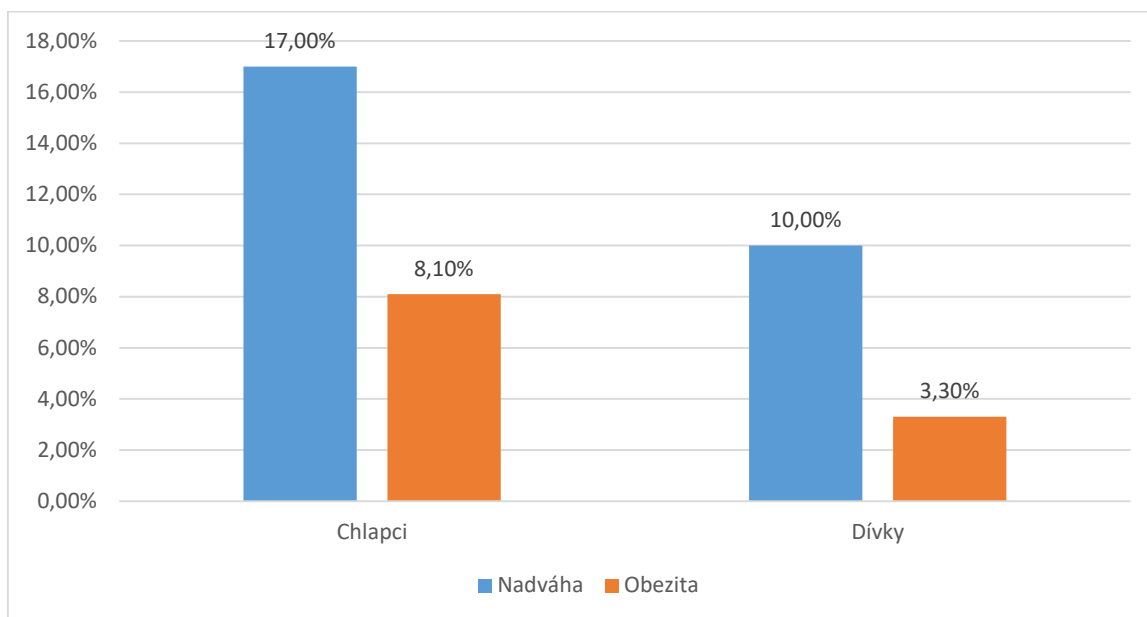
Graf č. 4 Nadváha a obezita u dívek a chlapců ve věku 15 let v roce 2014



Zdroj: zpravy.aktualne.cz, vlastní zpracování

V roce 2014 se vyskytovala nadváha u 15,9 % chlapců a obezita u 5 %. V roce 2014 se nadváha vyskytovala u 7,2 % dívek a obezita u 3,6 %.

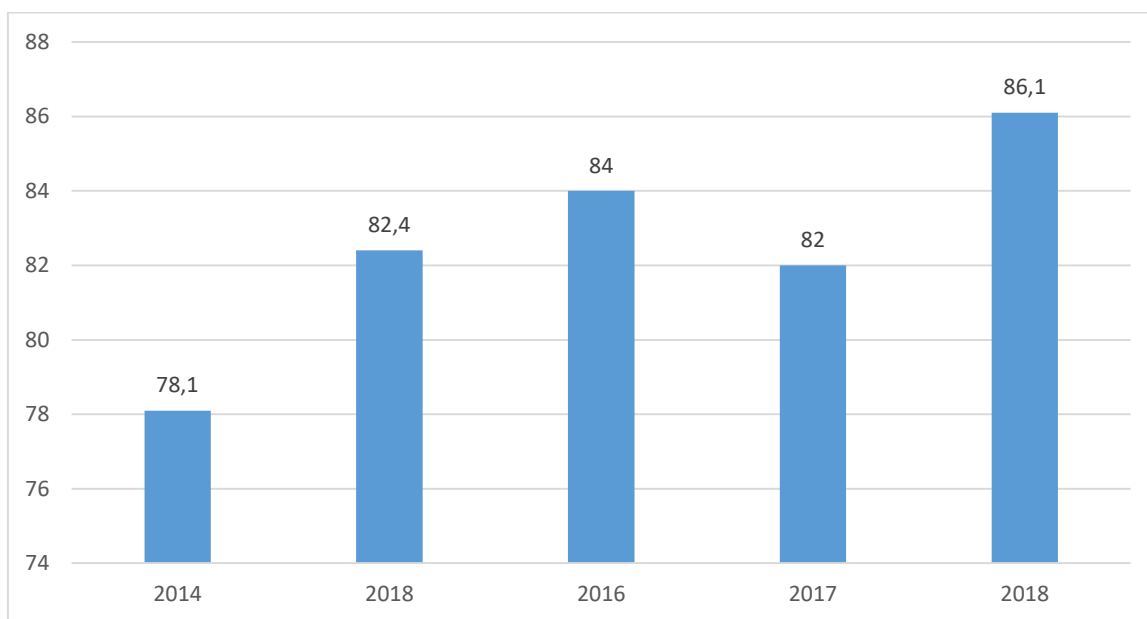
Graf č. 5 Nadváha a obezita u dívek a chlapců ve věku 15 let v roce 2018



Zdroj: zpravy.aktualne.cz, vlastní zpracování

V roce 2018 se vyskytovala nadváha u 17 % chlapců a obezita u 8,1 %. Ve stejném roce se nadváha vyskytovala u 10 % dívek a obezita u 3,3 %.

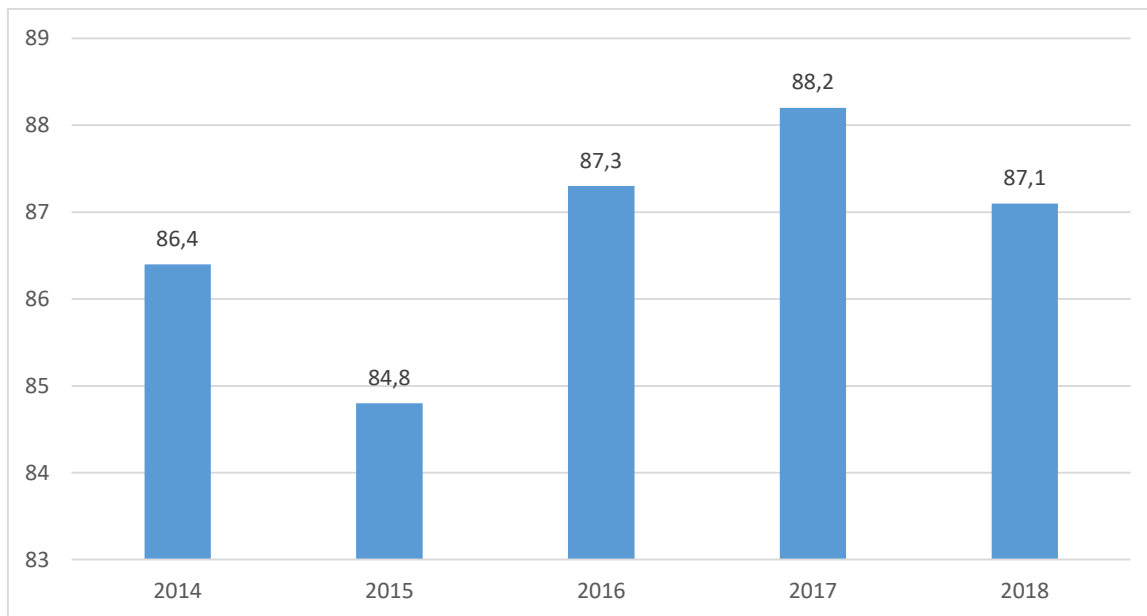
Graf č. 6 Konzumace ovoce na obyvatele za rok (kg)



Zdroj: CZSO.CZ, vlastní zpracování

V roce 2014 snědl obyvatel ČR průměrně 78,1 kg ovoce. V roce 2015 snědl 82,4 kg ovoce. V roce 2016 snědl 84 kg ovoce. Následující rok snědl 82 kg ovoce a v roce 2018 snědl 86,1 kg ovoce. Při pohledu na graf č. 5 můžeme pozorovat, jak konzumace ovoce poslední rok oproti roku 2014 vzrostla.

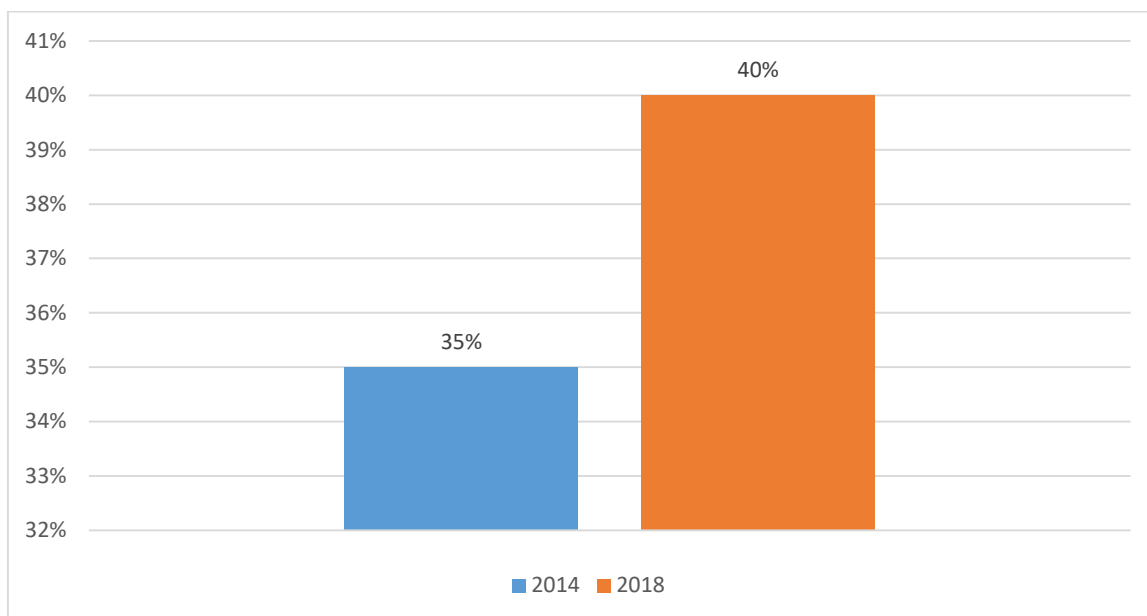
Graf č. 7 Konzumace zeleniny na jednoho obyvatele za rok (kg)



Zdroj: CZSO.CZ, vlastní zpracování

V roce 2014 snědl obyvatel ČR průměrně 86,4 kg zeleniny. V roce 2015 snědl 84,8 kg zeleniny. Následující rok snědl 87,3 kg zeleniny. V roce 2017 snědl 88,2 kg zeleniny a poslední rok, který je uvedený v grafu, snědl 87,1 kg zeleniny. Poslední tři roky můžeme sledovat lehký vzrůst konzumace zeleniny.

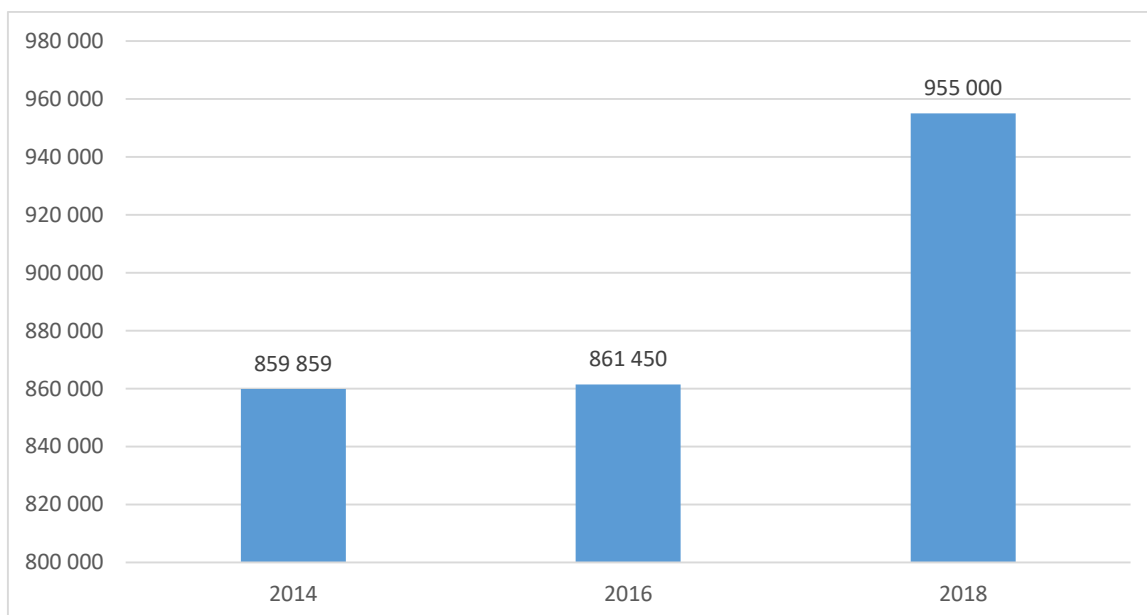
Graf č. 8 Prevalence hypertenze v ČR ve věku 25 - 64 let



Zdroj: *svl.cz, prolekare.cz, vlastní zpracování*

Prevalence hypertenze v ČR byla v roce 2014 u 35 % obyvatel ve věku 25 – 64 let. V roce 2018 se prevalence hypertenze v ČR pohybovala už okolo 40 % obyvatel ve věku 25 – 64 let. Během pouhých čtyř let se prevalence hypertenze zvýšila o 5 %.

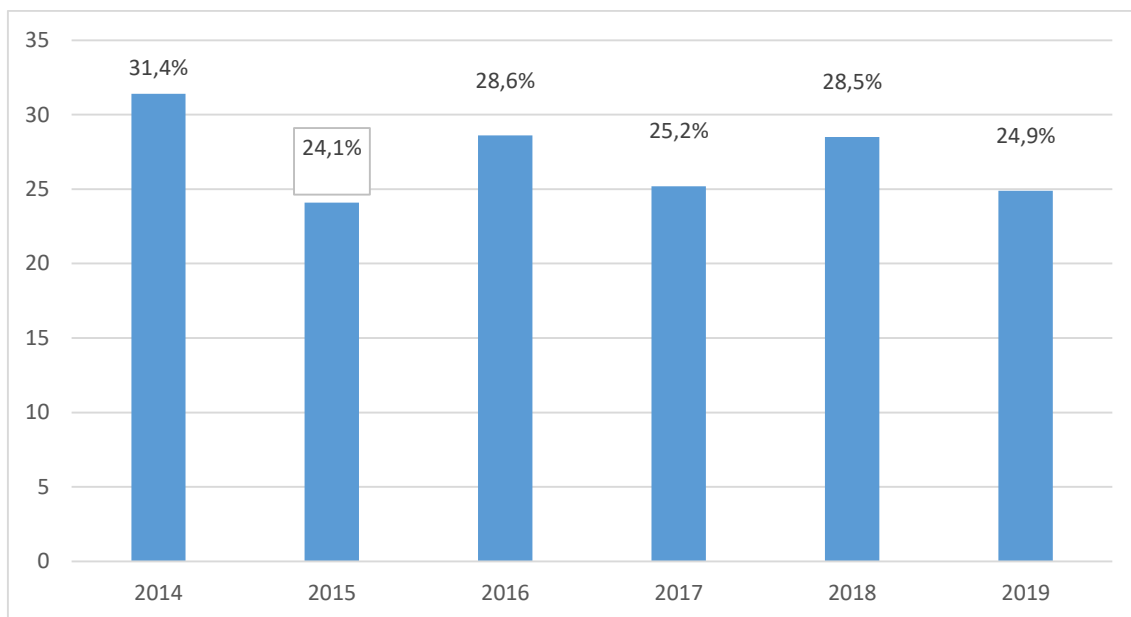
Graf č. 9 Počet obyvatel ČR s onemocněním diabetes mellitus



Zdroj: *topclassmedical.cz, vlastní zpracování*

V roce 2014 bylo evidováno 859 859 obyvatel ČR s onemocněním diabetes mellitus. V roce 2016 jich bylo zaznamenáno 861 450. V roce 2018 bylo obyvatel s onemocněním diabetes mellitus 955 000, za pouhé čtyři roky přibilo téměř 100 000 nových případů.

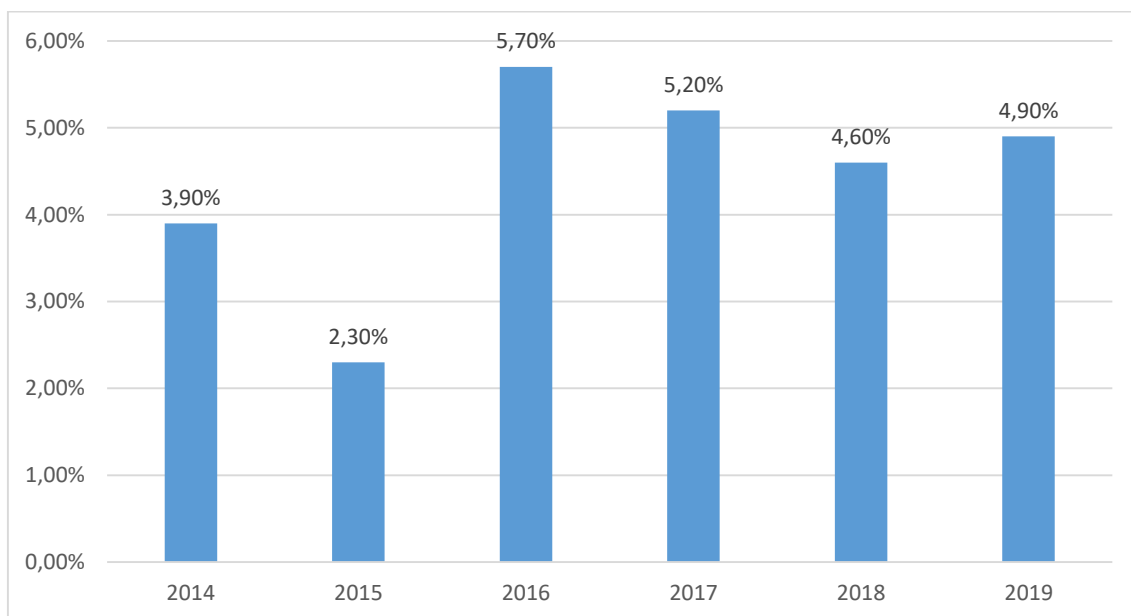
Graf č. 10 Prevalence kuřáctví v ČR v letech 2014 - 2019



Zdroj: szu.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 10 můžeme sledovat, jak se vyvíjela prevalence kuřáctví v ČR. V roce 2014 kouřilo 31,4 % populace. V roce 2015 kouřilo 24,1 % populace, méně než v předchozím roce. V roce 2016 to opět stoupl a kouřilo 28,6 % populace. V roce 2017 kouřilo 25,2 % populace. V roce 2018 kouřilo 28,5 % populace a v roce 2019 kouřilo 24,9 % populace, tudíž téměř shodně jako v roce 2015.

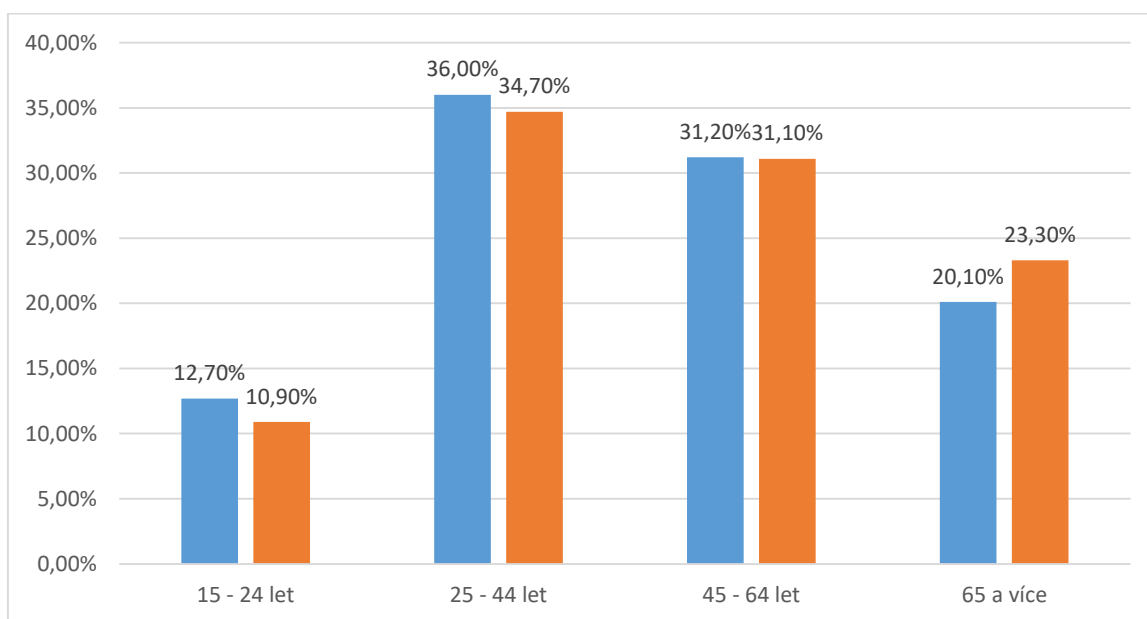
Graf č. 11 Uživatelé elektronických cigaret v ČR



Zdroj: szu.cz, vlastní zpracování

Pokavaď se budeme věnovat pouze uživatelům cigaret elektronických, zjistíme, že v roce 2014 ji užívalo 3,9 % populace. V roce 2015 ji užívalo 2,3 % populace. V roce 2016 užívalo elektronickou cigaretu 5,7 %, tím pádem více než v předchozích rocích. V roce 2017 ji užívalo 5,2 % populace. V roce 2018 ji užívalo 4,6 % a v roce 2019 4,9 % populace.

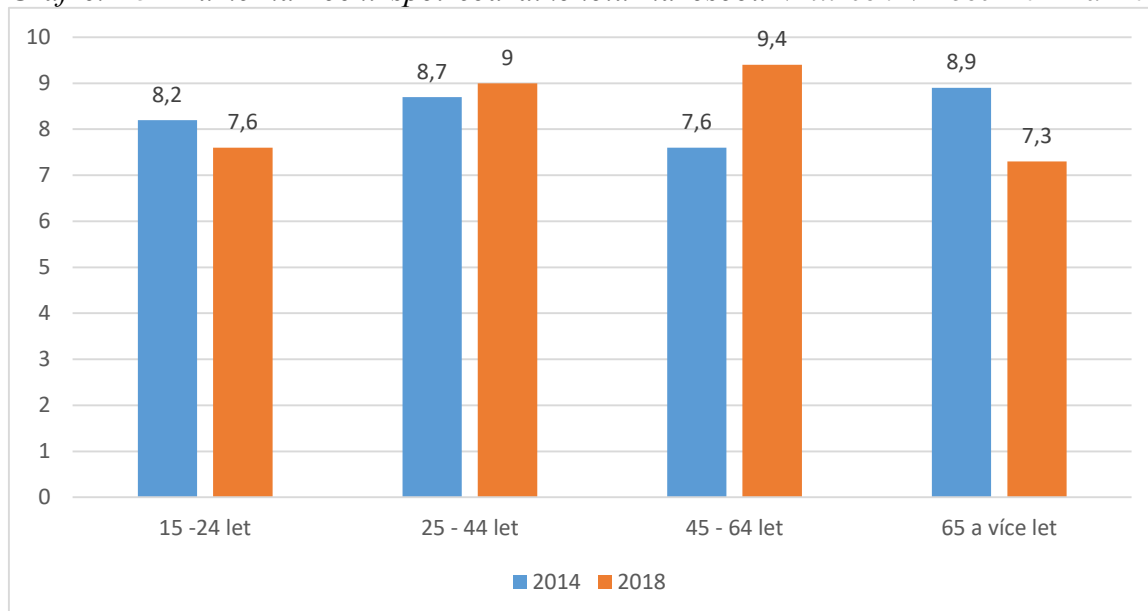
Graf č. 12 Věková struktura kuřáku v ČR v roce 2014 a 2019



Zdroj: szu.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 12 můžeme sledovat věkovou skupinu kuřáků. V roce 2014 bylo 13,4 % kuřáků ve věkovém rozmezí 15 – 24 let a v roce 2019 jich bylo 10,9 %. V roce 2014 bylo 35,7 % kuřáků ve věkovém rozmezí 25 – 44 let a v roce 2019 jich bylo 34,7 %. V roce 2014 bylo 31,6 % kuřáků ve věkovém rozmezí 45 – 64 let a v roce 2019 jich bylo 31,1 %. V roce 2014 bylo 19,3 % kuřáků ve věku 65 let a více. V roce 2019 bylo 23,3 % kuřáků ve věku 65 let a více.

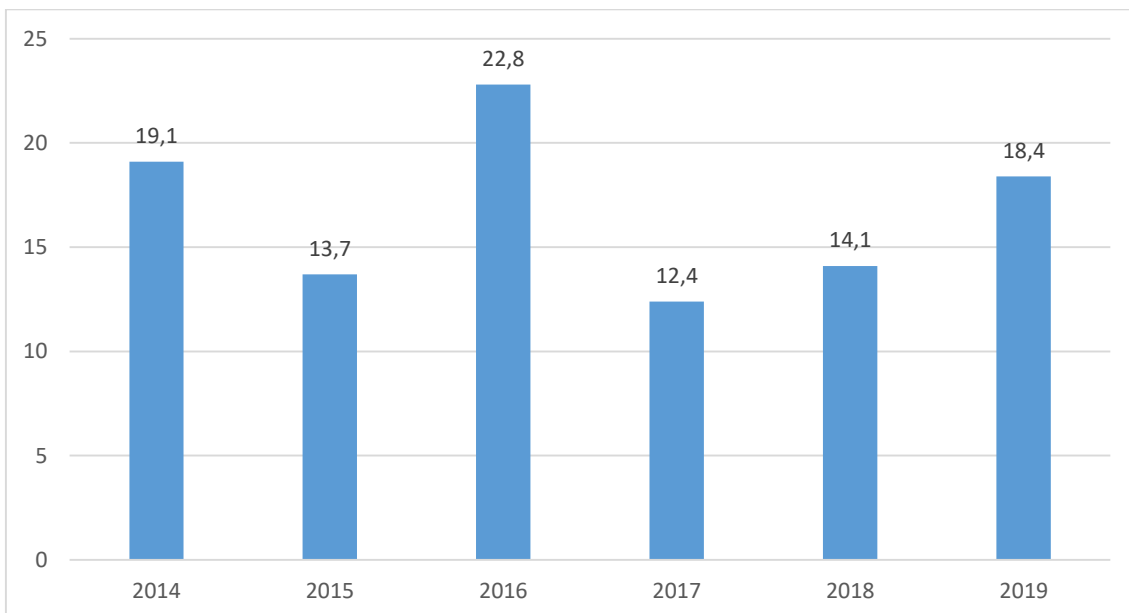
Graf č. 13 Průměrná roční spotřeba alkoholu na osobu v litrech v roce 2014 a 2018



Zdroj: szu.cz, vlastní zpracování

V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 15 -24 let 8,2 l. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 25 – 44 let 8,7 l. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 45 – 64 let 7,6 l. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 65 a více let 8,9 l. V roce 2018 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 15 – 24 let 7,6 l. V roce 2018 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 25 – 44 let 9 l. V roce 2018 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 45 – 64 let 9,4 l. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 65 let a více 7,3 l.

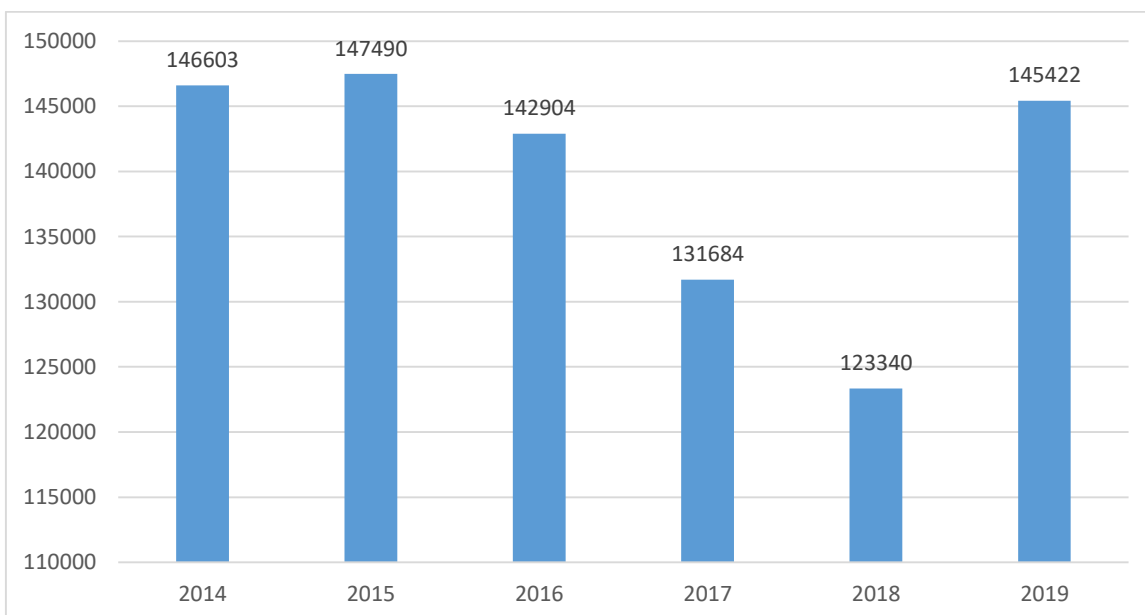
Graf č. 14 Kuřáci, kteří zvažovali, že zanechají kouření v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret



Zdroj: szu.cz, vlastní pracování

V roce 2014 zvažovalo 19,1 % kuřáků, že přestanou kouřit v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret. V roce 2015 to zvažovalo 13,7 %. V roce 2016 to zvažovalo 22,8 % kuřáků. V roce 2017 to zvažovalo 12,4 % kuřáků. V roce 2018 zvažovalo, že přestane kouřit 14,1 % kuřáků a v roce 2019 to zvažovalo 18,4 % kuřáků.

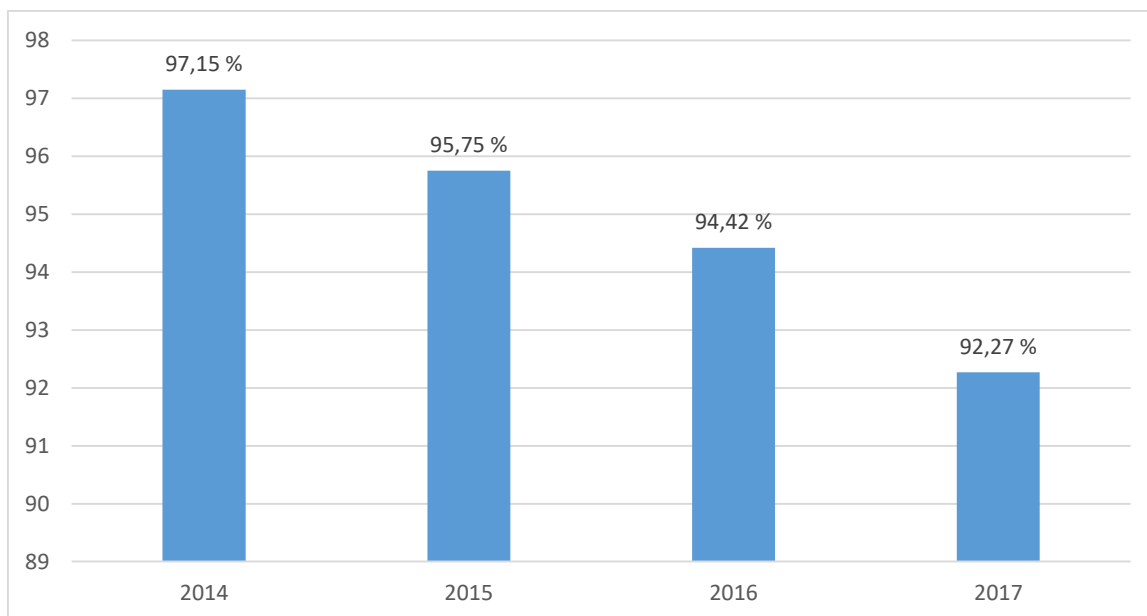
Graf č. 15 Počet infekčních onemocnění v ČR



Zdroj: szu.cz, vlastní zpracování

V ČR v roce 2014 bylo nahlášeno 146 603 infekčních onemocnění. V roce 2015 bylo nahlášeno 147 490 infekčních onemocnění. V roce 2016 bylo nahlášeno 142 904 infekčních onemocnění. V roce 2017 bylo nahlášeno 131 684 infekčních onemocnění. V roce 2018 bylo nahlášeno 123 340 infekčních onemocnění a v roce 2019 jich bylo nahlášeno 145 422.

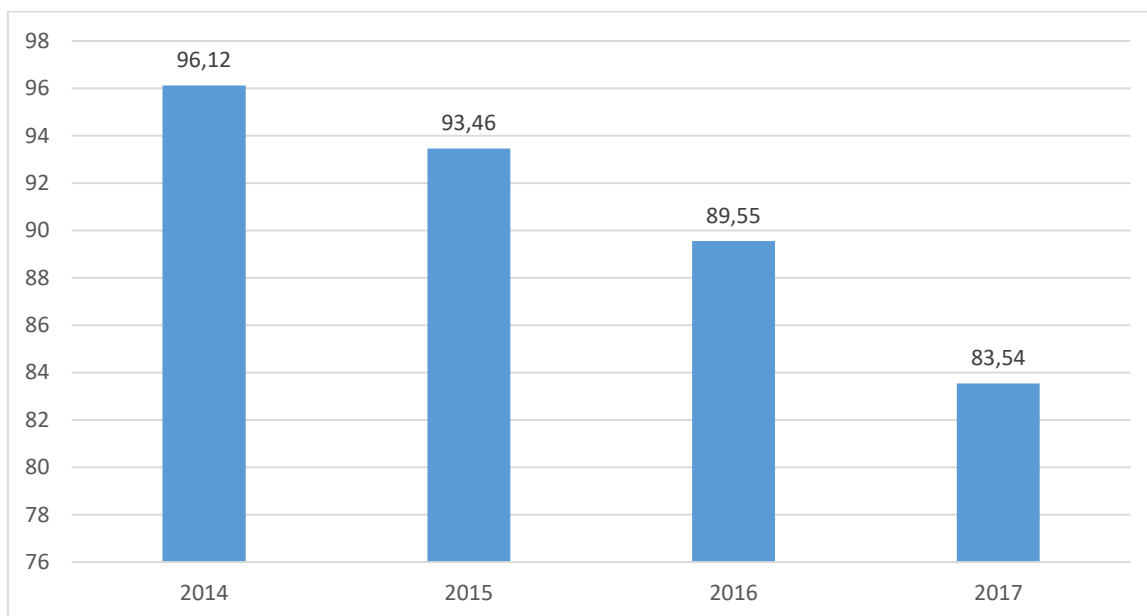
Graf č. 16 Proočkovanost dětí hexavakcínou



Zdroj: mzc.cz, vlastní zpracování

Graf č. 15 uvádí přehled proočkovanosti dětí hexavakcínou. V roce 2014 bylo proočkováno 97,15 % populace dětí. V roce 2015 bylo proočkováno 95,75 % populace dětí. V roce 2016 bylo proočkováno 94,42 % populace dětí a v roce 2017 jich bylo proočkováno 92,27 %, tudíž můžeme pozorovat, jak se snižuje.

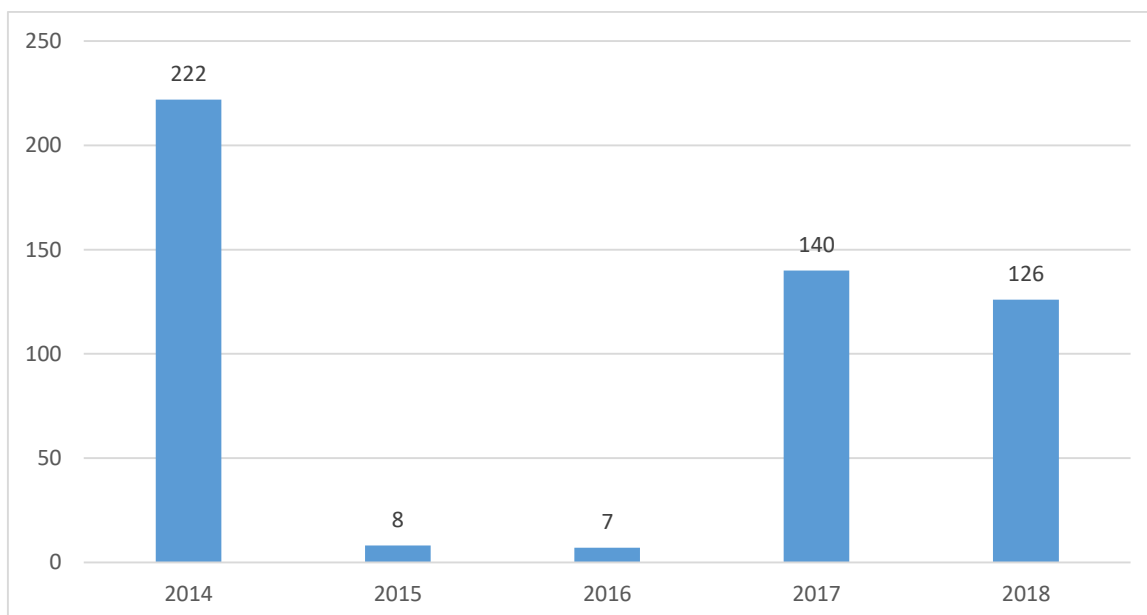
Graf č. 17 Proočkovanost dětí proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám



Zdroj: mzc.cz, vlastní zpracování

Graf č. 16 nám ukazuje proočkovanost dětí proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám. V roce 2014 bylo proočkováno 96,12 % dětí. V roce 2015 bylo proočkováno 93,46 % dětí. V roce 2016 bylo proočkováno 89,55 % dětí a v roce 2017 83,54 % dětí.

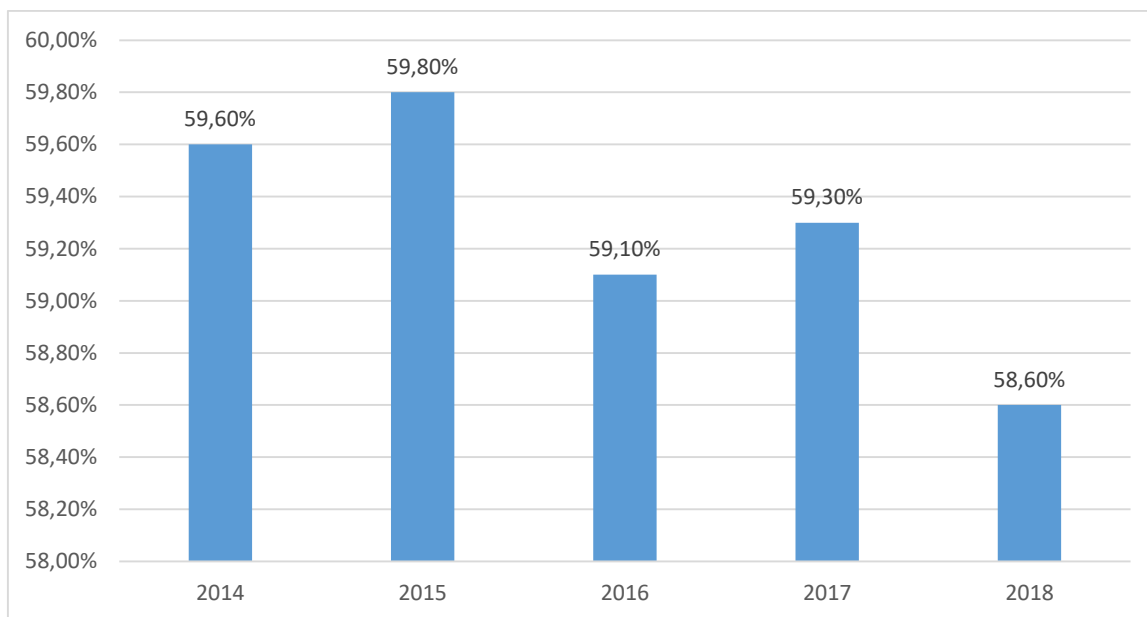
Graf č. 18 Hlášený výskyt spalniček



Zdroj: provolbu.cz, vlastní zpracování

V roce 2014 bylo nahlášeno 222 případů onemocnění spalniček. V roce 2015 to bylo pouhých 8 případů. V roce 2016 to bylo ještě méně a to 7 případů. V roce 2017 bylo nahlášeno 140 případů onemocnění spalniček a v roce 2018 bylo nahlášeno 126 případů.

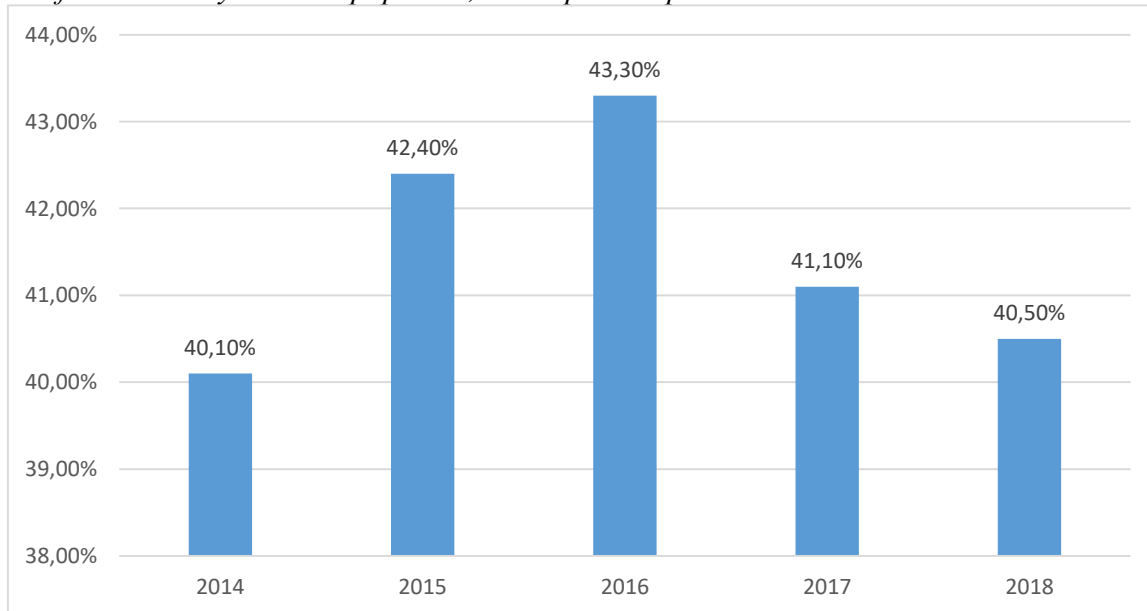
Graf č. 19 Míra účasti žen (45 – 70 let) na mamografickém screeningu



Zdroj: mzc.cz, vlastní zpracování

Na mamografickém screeningu se v roce 2014 účastnilo 59,6 % žen. V roce 2015 se účastnilo 59,8 % žen. V roce 2016 se účastnilo 59,1 % žen. V roce 2017 se účastnilo 59,3 % žen a v roce 2018 se účastnilo mamografického screeningu 58,6 % žen.

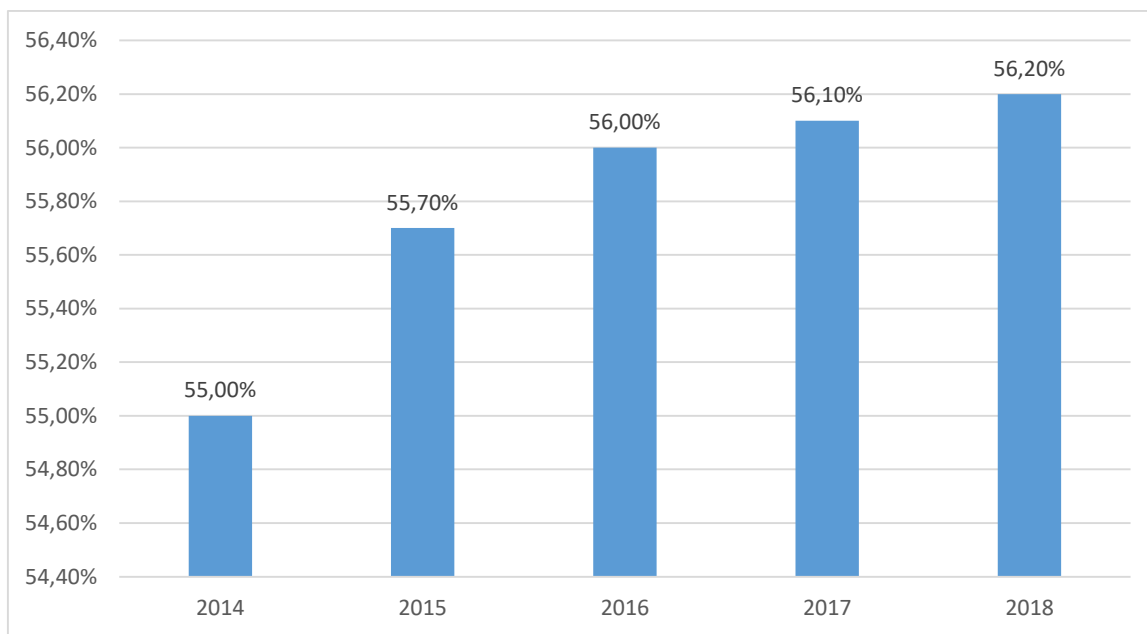
Graf č. 20 Pokrytí cílové populace, která podstoupila test na okultní krvácení do stolice



Zdroj: mzc.cz, vlastní zpracování

Test na okultní krvácení do stolice podstoupilo v roce 2014 40,1 % cílové populace. V roce 2015 test podstoupilo 42,2 % cílové populace. V roce 2016 test podstoupilo 43,3 % populace. V roce 2017 test podstoupilo 41,1 % cílové populace a v roce 2018 test podstoupilo 40,5 % cílové populace.

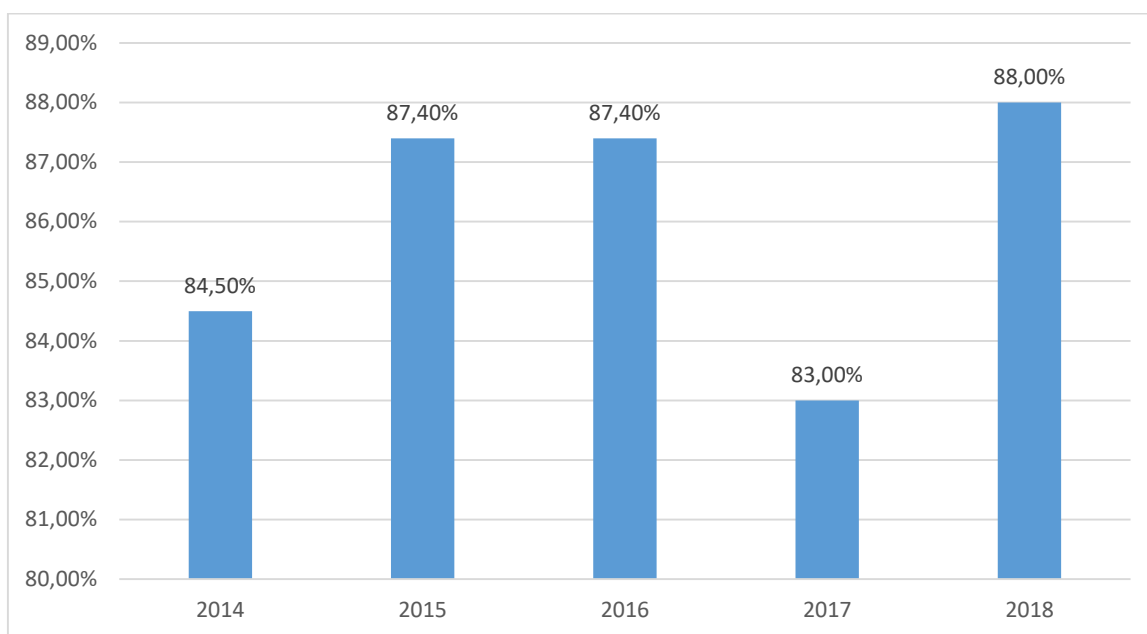
Graf č. 21 Pokrytí cílové populace ČR cervikovaginálním screeningem



Zdroj: mzc.cz, vlastní zpracování

V roce 2014 se účastnilo cervikovaginálního screeningu 55 % žen. V roce 2015 se účastnilo screeningového vyšetření 55,7 % žen. V roce 2016 se účastnilo 56 % žen. V roce 2017 se účastnilo 56,1 % žen a v roce 2018 se účastnilo 56,2 % žen, tudíž můžeme sledovat, jak se účast na cervikovaginálního screeningu lehce zvyšuje.

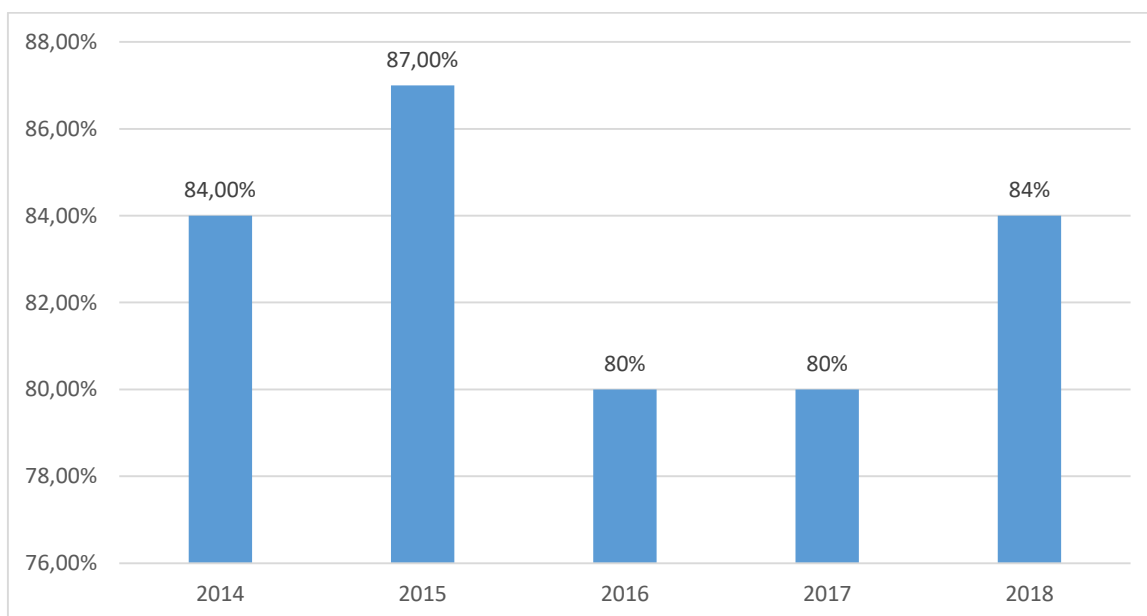
Graf č. 22 Spokojenost hospitalizovaných pacientů v Nemocnici Na Bulovce



Zdroj: bulovka.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 21 můžeme pozorovat míru spokojenosti s hospitalizací v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2014 bylo spokojených 84,5 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2015 bylo spokojených 87,4 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2016 bylo spokojených 87,4 % hospitalizovaných, tudíž stejně jako v roce 2015. V roce 2017 se míra spokojenosti lehce snížila a bylo spokojených 83 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2018 míra spokojenosti opět vzrostla a bylo 88 % spokojených hospitalizovaných pacientů.

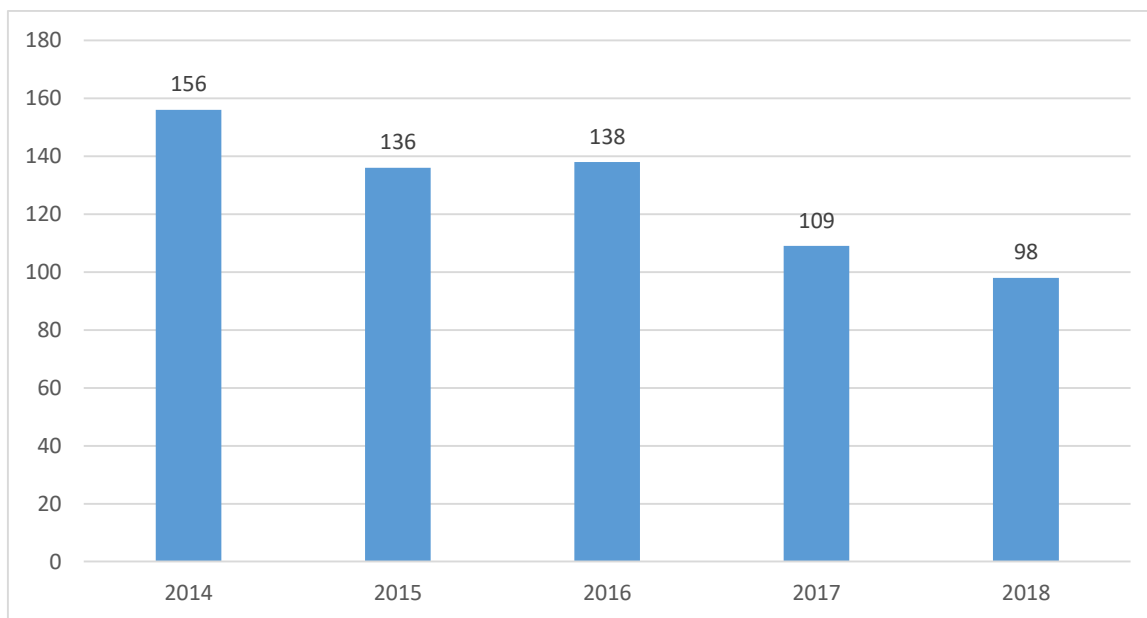
Graf č. 23 Spokojenost ambulantních pacientů v Nemocnici Na Bulovce



Zdroj: bulovka.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 22 můžeme vidět míru spokojenosti ambulantních pacientů v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2014 bylo spokojeno 84 % pacientů. V roce 2015 bylo spokojených 87 % pacientů. V roce 2016 bylo spokojených 80 % pacientů. V roce 2017 bylo spokojených také 80 % pacientů a v roce 2018 bylo spokojených 84 % pacientů.

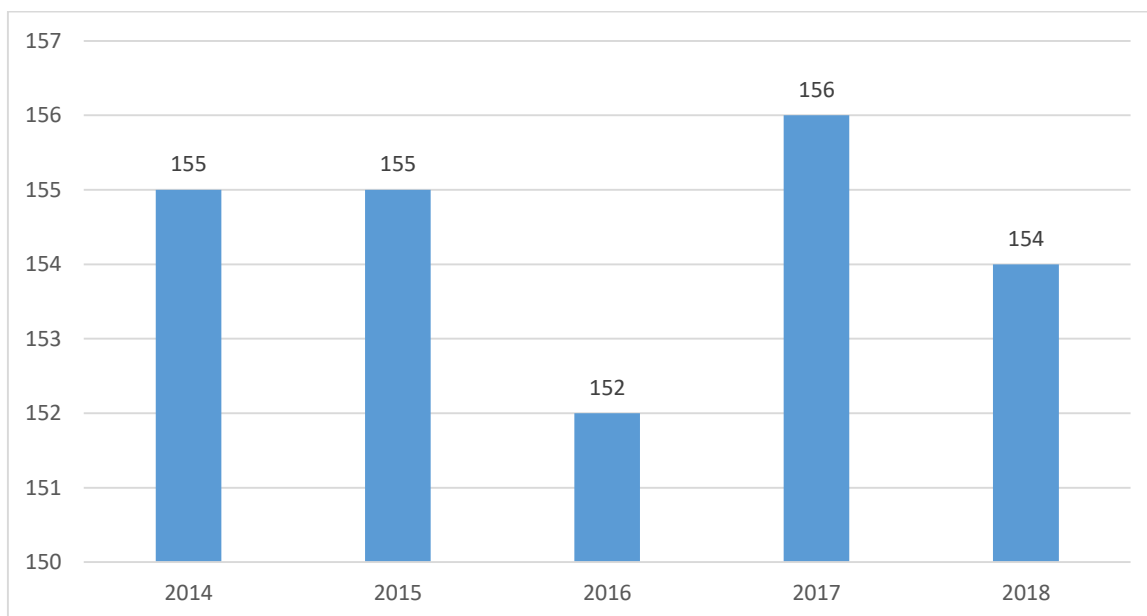
Graf č. 24 Počet stížností v Nemocnici Na Bulovce



Zdroj: bulovka.cz, vlastní zpracování

V roce 2014 bylo 156 stížností v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2015 bylo 136 stížností. V roce 2016 bylo 138 stížností. V roce 2017 bylo 109 stížností a v roce 2018 bylo 98 stížností. Můžeme pozorovat, že každým rokem se stížnosti snižují.

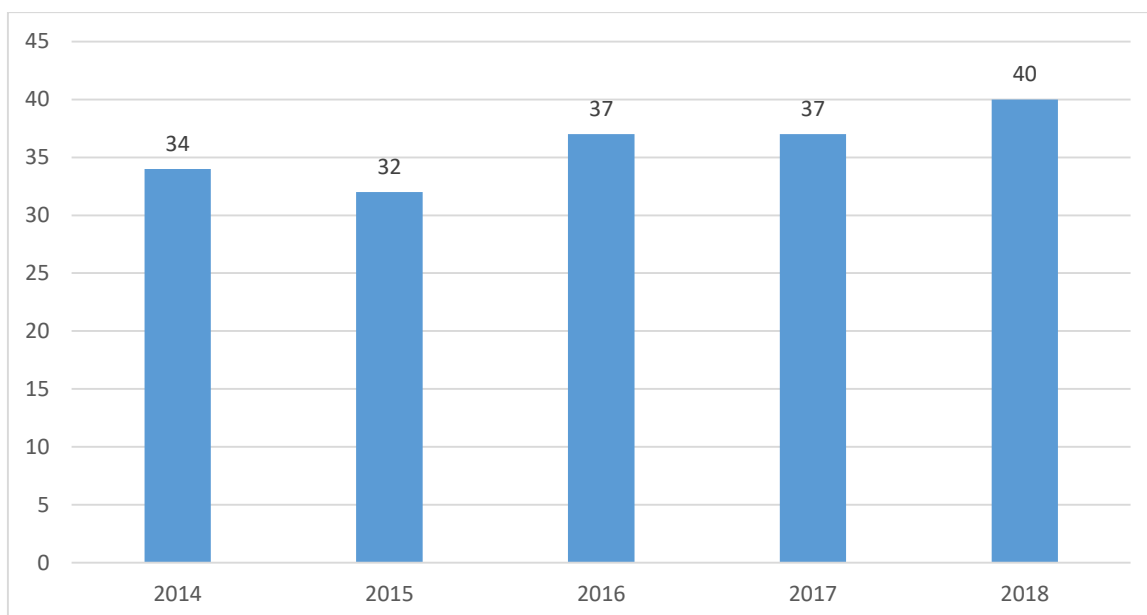
Graf č. 25 Počet nemocnic s akutní péčí



Zdroj: czso.cz, vlastní zpracování

V roce 2014 bylo 155 nemocnic s akutní péčí. V roce 2015 bylo 155 nemocnic s akutní péčí. V roce 2016 bylo 152 nemocnic s akutní péčí. V roce 2017 bylo 156 nemocnic s akutní péčí a v roce 2018 bylo 154 nemocnic s akutní péčí. V roce 2016 jich bylo nejméně a následující rok nejvíce.

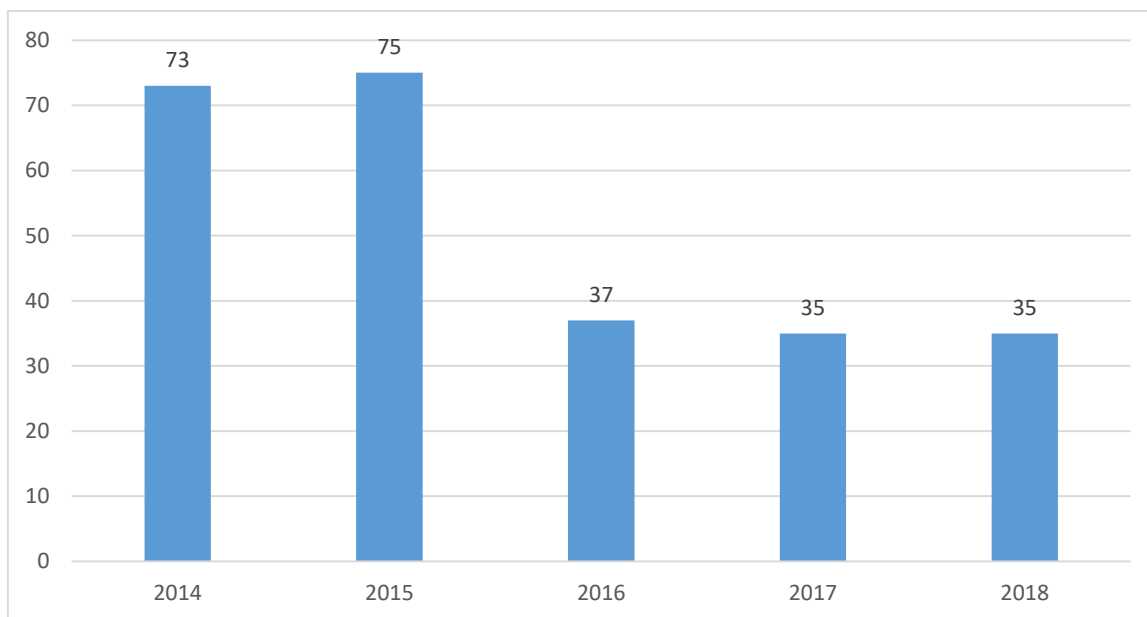
Graf č. 26 Počet nemocnic s následnou péčí



Zdroj: czso.cz, vlastní zpracování

V roce 2014 bylo 34 nemocnic s následnou péčí. V roce 2015 bylo 32 nemocnic s následnou péčí. V roce 2016 bylo 37 nemocnic s následnou péčí. V roce 2017 bylo 37 nemocnic s následnou péčí a v roce 2018 bylo 40 nemocnic s následnou péčí.

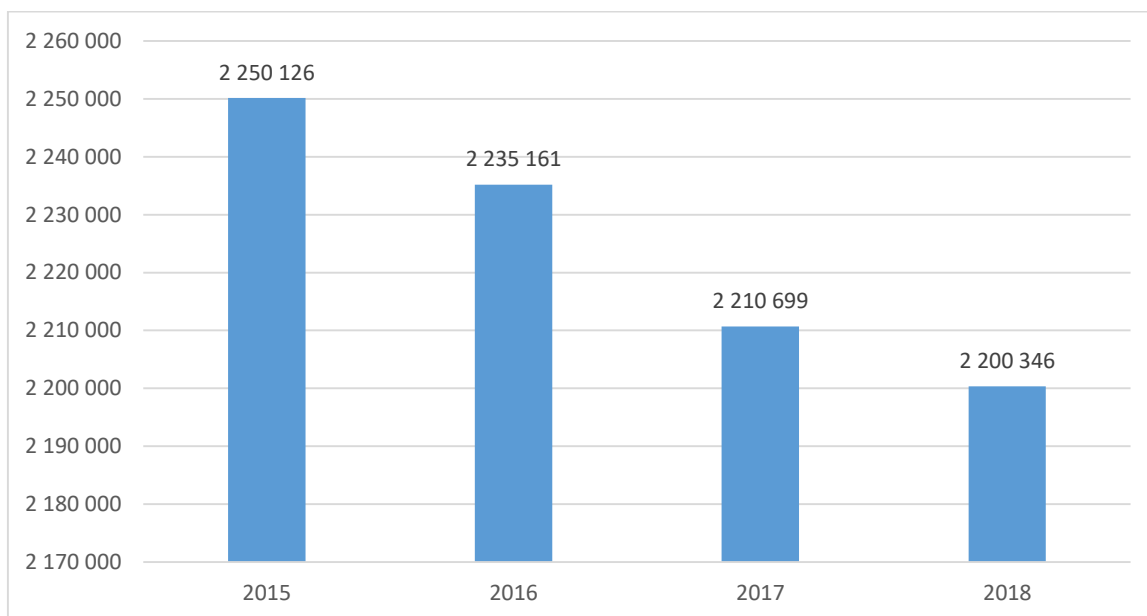
Graf č. 27 Počet léčeben pro dlouhodobě nemocné



Zdroj: czso.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 26 můžeme vidět počet nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2014 bylo 73 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2015 bylo 75 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2016 bylo 37 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2017 bylo 35 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2018 bylo 35 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. Od roku 2016 se počet nemocnic pro dlouhodobě nemocné snížil, protože některé z nich byli převedeny na oddělení nemocnic.

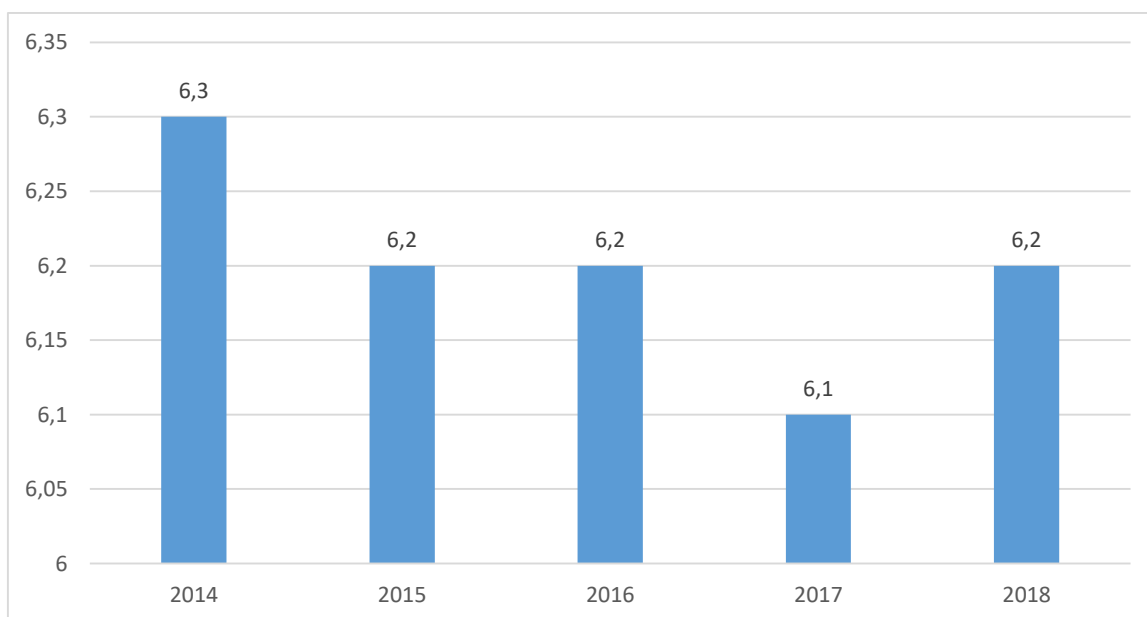
Graf č. 28 Případy hospitalizace



Zdroj: czso.cz, vlastní zpracování

V roce 2015 bylo 2 250 126 případů nutné k hospitalizaci. V roce 2016 bylo 2 235 161 případů hospitalizace. V roce 2017 bylo 2 210 699 případů hospitalizace a v roce 2018 bylo 2 200 346 případů hospitalizace. V grafu č. 25 můžeme sledovat, jak se počet hospitalizovaných snižuje.

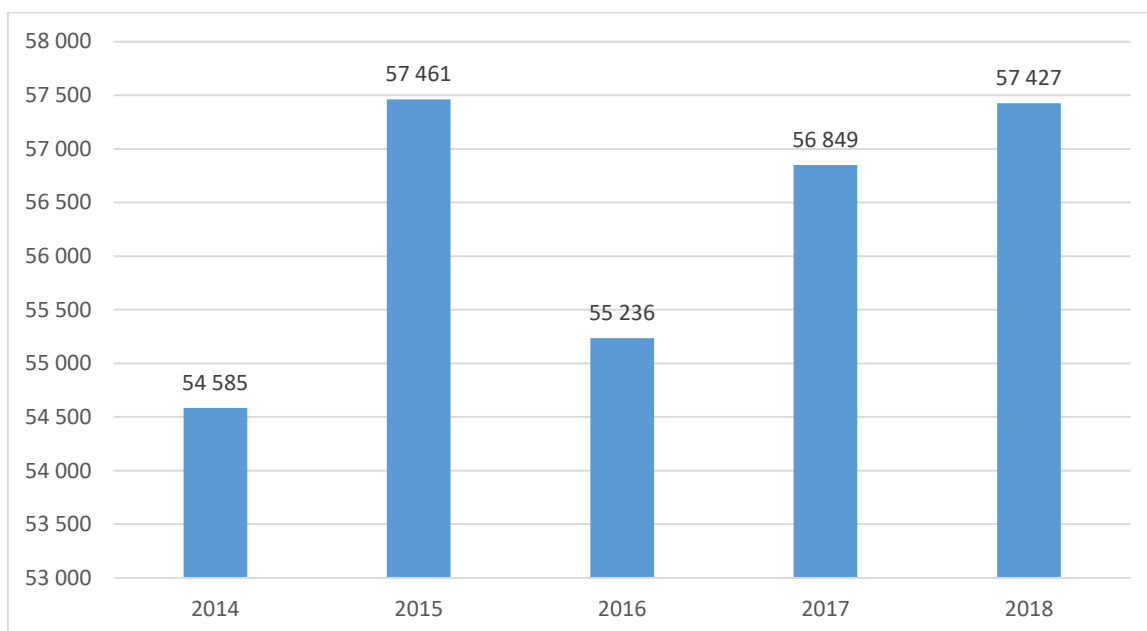
Graf č. 29 Průměrná ošetrovací doba (dny)



Zdroj: czso.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 28 sledujeme, jaká byla průměrná doba hospitalizace v určitých letech. V roce 2014 byla průměrná doba hospitalizace 6,3 dnů. V roce 2015 byla průměrná doba hospitalizace 6,2 dnů. V roce 2016 byla průměrná doba hospitalizace také 6,2 dnů. V roce 2017 byla průměrná doba hospitalizace 6,1 dnů. V roce 2018 byla průměrná doba hospitalizace 6,2 dnů.

Graf č. 30 Zemřelí v nemocnici



Zdroj: czso.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 29 můžeme sledovat počet zemřelých v nemocnicích v určitých letech. V roce 2014 zemřelo v nemocnici 54 585 pacientů. V roce 2015 zemřelo v nemocnici 57 461 pacientů. V roce 2016 zemřelo v nemocnici 55 236 pacientů. V roce 2017 zemřelo v nemocnici 56 849 pacientů a v roce 2018 zemřelo v nemocnici 57 427 pacientů.

DISKUZE

První cíl a především hlavní cíl bakalářské práce je zjistit, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní. K danému cíli se vztahuje **předpoklad č. 1**, který předpokládá, že preventivní zdravotnické programy jsou efektivní. K ověření tohoto předpokladu sloužily data ze všech uvedených grafů v praktické části. Graf č. 2 uvádí, že v roce 2014 se vyskytovala nadváha u 30,0 % žen a obezita u 18,2 % žen. U mužů se nadváha vyskytovala v průměru 43,9 % a obezita 19,3 %. Graf č. 3 uvádí výskyt nadváhy a obezity v roce 2018. Nadváha se vyskytovala u 33 % žen a obezita u 18 % žen. U mužů se nadváha vyskytovala v průměru 47 % a obezita 20 %. Při porovnání grafu č. 2 a grafu č. 3, zjistíme, že nadváha se v roce 2018 u žen **zvýšila o 3 % a obezita o 0,2 %**. Nadváha u mužů se **zvýšila o 3,1 % a obezita o 0,7 %**. Můžeme si tedy všimnout, že během čtyř let se průměr osob s nadváhou a obezitou v ČR zvýšil. Graf č. 4 a graf č. 5 porovnává nadváhu a obezitu u dívek a chlapců ve věku 15 let. V roce 2014 se vyskytovala nadváha u 15,9 % chlapců a obezita u 5 %. V roce 2014 se nadváha vyskytovala u 7,2 % dívek a obezita u 3,6 %. V roce 2018 se vyskytovala nadváha u 17 % chlapců a obezita u 8,1 %. Ve stejném roce se nadváha vyskytovala u 10 % dívek a obezita u 3,3 %. Můžeme si všimnout, že v roce 2018 se nadváha u chlapců oproti roku 2014 **zvýšila o 1,1 % a obezita o 3,1 %**. U dívek se v roce **2018 nadváha zvýšila 2,8 % a obezita se snížila o 0,3 %**. Kromě průměru obezitu u dívek se jak nadváha, tak obezita zvýšila. Bc. Jana Macho ve své práci na téma Výskyt nadváhy a obezity u žáků středních škol v Mostě provedla výpočet indexu BMI u jednotlivých respondentů. Výsledky ukazují, že z celkového počtu respondentů trpí nadváhou 18,3 % žáků, 1,7 % žáků trpí obezitou a 80,0 % žáků je v normě. (MACHO, 2015) Graf č. 6 porovnává konzumaci ovoce na obyvatele za rok 2014 – 2018. V roce 2014 snědl obyvateľ ČR průměrně 78,1 kg ovoce. V roce 2015 snědl 82,4 kg ovoce. V roce 2016 snědl 84 kg ovoce. Následující rok snědl 82 kg ovoce a v roce 2018 snědl 86,1 kg ovoce. Při pohledu na graf č. 5 můžeme pozorovat, jak konzumace ovoce poslední rok oproti roku 2014 vzrostla. Doporučená denní dávka ovoce podle Světové zdravotnické organizace je 130 g ovoce za den, tudíž přibližně 47 kg ovoce za rok. Konzumace ovoce je tím pádem více než uspokojivá. (PSOTA, 2018) Graf č. 7 porovnává konzumaci zeleniny na obyvatele za rok 2014 – 2018. V roce 2014 snědl obyvateľ ČR průměrně 86,4 kg zeleniny. V roce 2015 snědl 84,8 kg zeleniny. Následující rok snědl 87,3 kg zeleniny. V roce 2017 snědl 88,2 kg zeleniny a poslední rok, který je uvedený v grafu, snědl 87,1 kg zeleniny. Poslední tři roky můžeme sledovat lehký vzrůst konzumace zeleniny. Doporučená denní dávka podle Světové zdravotnické organizace je 270 g zeleniny

za den, tudíž přibližně 98 kg zeleniny za rok. Zeleninu bychom do svého jídelníčku měli stále více zařazovat. (PSOTA, 2018) Graf č. 8 zobrazuje prevalenci hypertenze v ČR ve věku 25 – 64 let. V roce 2014 u 35 % obyvatel ve věku 25 – 64 let byla zaznamenána hypertenze. V roce 2018 se prevalence hypertenze v ČR pohybovala už okolo 40% obyvatel ve věku 25 – 64 let. Za čtyři roky se **zvýšila o 5 %**. Graf č. 9 ukazuje počet obyvatel v ČR s onemocněním diabetes mellitus. V roce 2014 bylo evidováno 859 859 obyvatel ČR s onemocněním diabetes mellitus. V roce 2016 jich bylo zaznamenáno 861 450. V roce 2018 bylo obyvatel s onemocněním diabetes mellitus 955 000, za pouhé čtyři roky přibilo téměř **100 000 nových případů**. Graf č. 10 porovnává prevalenci kuřáctví v ČR v letech 2014 – 2019. V roce 2014 kouřilo 31,4 % populace. V roce 2015 kouřilo 24,1 % populace, méně než v předchozím roce. V roce 2016 to opět stoupl a kouřilo 28,6 % populace. V roce 2017 kouřilo 25,2 % populace. V roce 2018 kouřilo 28,5 % populace a v roce 2019 kouřilo 24,9 % populace, tudíž téměř shodně jako v roce 2015. Můžeme vyzorovat, že v roce 2014 kouřilo **o 6,5 % populace více než** v roce 2019. Graf č. 11 nám porovnává uživatele pouze elektronických cigaret v ČR. V roce 2014 ji užívalo 3,9 % populace. V roce 2015 ji užívalo 2,3 % populace. V roce 2016 užívalo elektronickou cigaretu 5,7 %, tím pádem více než v předchozích rocích. V roce 2017 ji užívalo 5,2 % populace. V roce 2018 ji užívalo 4,6 % a v roce 2019 4,9 % populace. Můžeme vyzorovat, že v roce 2014 užívalo elektronickou cigaretu **o 1 % méně** populace nežli v roce 2019. Graf č. 12 zobrazuje věkovou strukturu kuřáků v ČR v roce 2014 a 2019. V roce 2014 bylo 13,4 % kuřáků ve věkovém rozmezí 15 – 24 let a v roce 2019 jich bylo 10,9 %, tudíž **o 2,5 % méně**. V roce 2014 bylo 35,7 % kuřáků ve věkovém rozmezí 25 – 44 let a v roce 2019 jich bylo 34,7 %, tudíž **o 1 % méně**. V roce 2014 bylo 31,6 % kuřáků ve věkovém rozmezí 45 – 64 let a v roce 2019 jich bylo 31,1 %, tudíž **o 0,5 % méně**. V roce 2014 bylo 19,3 % kuřáků ve věku 65 let a více. V roce 2019 bylo 23,3 % kuřáků ve věku 65 let a více, tudíž **o 4 % více**. Graf č. 13 ukazuje průměrnou spotřebu alkoholu na osobu v litrech v roce 2014 a 2018. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 15 -24 let 8,2 l a v roce 2018 7,6 l, tudíž **o 0,6 l méně**. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 25 – 44 let 8,7 l a v roce 2018 9 l, tudíž **o 0,3 l více**. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 45 – 64 let 7,6 l a v roce 2018 9,4 l, tudíž **o 1,8 % více**. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 65 a více let 8,9 l a v roce 2018 7,3 l alkoholu, tudíž **o 1,6 méně**. Graf č. 14 porovnává kuřáky, kteří zvažovali, že zanechají kouření v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret v letech 2014 – 2019. V roce 2014 zvažovalo 19,1 % kuřáků, že přestanou

kouřit v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret. V roce 2015 to zvažovalo 13,7 %. V roce 2016 to zvažovalo 22,8 % kuřáků. V roce 2017 to zvažovalo 12,4 % kuřáků. V roce 2018 zvažovalo, že přestane kouřit 14,1 % kuřáků a v roce 2019 to zvažovalo 18,4 % kuřáků. Jestliže porovnáme rok 2014 a 2019, zjistíme, že v roce 2014 zvažovalo, že přestane kouřit v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret **o 0,7 % více** než v roce 2019. Graf č. 15 ukazuje počet infekčních onemocnění v ČR. V ČR v roce 2014 bylo nahlášeno 146 603 infekčních onemocnění. V roce 2015 bylo nahlášeno 147 490 infekčních onemocnění. V roce 2016 bylo nahlášeno 142 904 infekčních onemocnění. V roce 2017 bylo nahlášeno 131 684 infekčních onemocnění. V roce 2018 bylo nahlášeno 123 340 infekčních onemocnění a v roce 2019 jich bylo nahlášeno 145 422. Pomocí grafu jsme zjistili, že v roce 2014 bylo nahlášeno **o 1 181 případů infekčních onemocnění více** než v roce 2019. Graf č. 16 zobrazuje proočkovanost dětí hexavakcínou. V roce 2014 bylo proočkování 97,15 % populace dětí. V roce 2015 bylo proočkování 95,75 % populace dětí. V roce 2016 bylo proočkování 94,42 % populace dětí a v roce 2017 jich bylo proočkováno 92,27 %, tudíž můžeme pozorovat, jak **se proočkovanost snižuje**. Rozdíl mezi rokem 2014 a 2017 je **4,88 %** proočkovaných dětí. Graf č. 17 nám ukazuje proočkovanost dětí ale tentokrát proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám. V roce 2014 bylo proočkování 96,12 % dětí. V roce 2015 bylo proočkováno 93,46 % dětí. V roce 2016 bylo proočkováno 89,55 % dětí a v roce 2017 83,54 % dětí. Můžeme sledovat, že od roku 2014 do roku 2017 se proočkovanost **snížila o celých 12,58 %**. V následujícím grafu je porovnáván hlášený výskyt spalniček. V roce 2014 bylo nahlášeno 222 případů onemocnění spalniček. V roce 2015 to bylo pouhých 8 případů. V roce 2016 to bylo ještě méně a to 7 případů. V roce 2017 bylo nahlášeno 140 případů onemocnění spalniček a v roce 2018 bylo nahlášeno 126 případů. Tudíž **v roce 2014 byl nejvyšší počet spalniček**. Zvýšený výskyt spalniček v roce 2017 a v roce 2018 může být spojen se snižující se proočkovaností. Graf č. 19 porovnává míru účasti žen ve věku od 45 – 70 let na mamografickém screeningu. V roce 2014 se mamografického screeningu účastnilo 59,6 % žen. V roce 2015 se účastnilo 59,8 % žen. V roce 2016 se účastnilo 59,1 % žen. V roce 2017 se účastnilo 59,3 % žen a v roce 2018 se účastnilo mamografického screeningu 58,6 % žen, tudíž **o pouhé 1 % méně** než v roce 2014. Graf č. 20 ukazuje pokrytí cílové populace, která podstoupila test na okultní krvácení do stolice. V roce 2014 test podstoupilo 40,1 % cílové populace. V roce 2015 test podstoupilo 42,2 % cílové populace. V roce 2016 test podstoupilo 43,3 % populace. V roce 2017 test podstoupilo 41,1 % cílové populace a v roce 2018 test podstoupilo 40,5 % cílové populace. Během roků 2014 a 2018 nenastala, dá

se říci žádná změna. Graf č. 21 ukazuje pokrytí cílové populace ČR cervikovaginálním screeningem. V roce 2014 se účastnilo cervikovaginálního screeningu 55 % žen. V roce 2015 se účastnilo 55,7 % žen. V roce 2016 se účastnilo 56 % žen. V roce 2017 se účastnilo 56,1 % žen a v roce 2018 se účastnilo 56,2 % žen, tudíž můžeme sledovat, jak se účast na cervikovaginálního screeningu lehce zvyšuje. Graf č. 22 ukazuje spokojenost hospitalizovaných pacientů v Nemocnici Na Bulovce, jelikož data celkové spokojenosti pacientů s nemocnicemi v ČR bohužel nelze nalézt. V roce 2014 bylo spokojených 84,5 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2015 bylo spokojených 87,4 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2016 bylo spokojených 87,4 % hospitalizovaných, tudíž stejně jako v roce 2015. V roce 2017 se míra spokojenosti lehce snížila a bylo spokojených 83 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2018 míra spokojenosti opět vzrostla a bylo 88 % spokojených hospitalizovaných pacientů, tudíž bylo **o 3,5 % více spokojených pacientů** než v roce 2014. Graf č. 23 ukazuje spokojenost ambulantních pacientů v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2014 bylo spokojeno 84 % pacientů. V roce 2015 bylo spokojených 87 % pacientů. V roce 2016 bylo spokojených 80 % pacientů. V roce 2017 bylo spokojených také 80 % pacientů a v roce 2018 bylo spokojených 84 % pacientů, čili stejně jako v roce 2014. Graf č. 24 porovnává počet stížností v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2014 bylo 156 stížností v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2015 bylo 136 stížností. V roce 2016 bylo 138 stížností. V roce 2017 bylo 109 stížností a v roce 2018 bylo 98 stížností. Můžeme pozorovat, že každým rokem se stížnosti snižují. V grafu č. 25 můžeme vidět počet nemocnic s akutní péčí. V roce 2014 bylo 155 nemocnic s akutní péčí. V roce 2015 bylo 155 nemocnic s akutní péčí. V roce 2016 bylo 152 nemocnic s akutní péčí. V roce 2017 bylo 156 nemocnic s akutní péčí a v roce 2018 bylo 154 nemocnic s akutní péčí, tudíž o jednu méně než v roce 2014. V grafu č. 26 můžeme vidět počet nemocnic s následnou péčí. V roce 2014 bylo 34 nemocnic s následnou péčí. V roce 2015 bylo 32 nemocnic s následnou péčí. V roce 2016 bylo 37 nemocnic s následnou péčí. V roce 2017 bylo 37 nemocnic s následnou péčí a v roce 2018 bylo 40 nemocnic s následnou péčí. Počet nemocnic s následnou péčí se od roku 2014 zvýšil. V grafu č. 27 porovnáváme počet léčeben pro dlouhodobě nemocné. V roce 2014 bylo 73 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2015 bylo 75 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2016 bylo 37 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2017 bylo 35 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2018 bylo 35 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. Od roku 2016 se počet nemocnic pro dlouhodobě nemocné snížil, protože některé z nich byly převedeny na oddělení nemocnic. Graf č. 28 sleduje počet případů hospitalizace. V roce 2015 bylo 2 250 126 případů nutné k hospitalizaci. V

roce 2016 bylo 2 235 161 případů hospitalizace. V roce 2017 bylo 2 210 699 případů hospitalizace a v roce 2018 bylo 2 200 346 případů hospitalizace. Můžeme sledovat, jak se počet hospitalizovaných snižuje. V roce 2014 bylo hospitalizováno **o 49 780 více** pacientů nežli v roce 2018. Graf č. 29 sleduje průměrnou ošetrovací dobu (dny). V roce 2014 byla průměrná doba hospitalizace 6,3 dnů. V roce 2015 byla průměrná doba hospitalizace 6,2 dnů. V roce 2016 byla průměrná doba hospitalizace také 6,2 dnů. V roce 2017 byla průměrná doba hospitalizace 6,1 dnů. V roce 2018 byla průměrná doba hospitalizace 6,2 dnů. Nejsou přítomny velké rozdíly mezi rokem 2014 a 2018. Graf č. 30 porovnává počet zemřelých v nemocnici. V roce 2014 zemřelo v nemocnici 54 585 pacientů. V roce 2015 zemřelo v nemocnici 57 461 pacientů. V roce 2016 zemřelo v nemocnici 55 236 pacientů. V roce 2017 zemřelo v nemocnici 56 849 pacientů a v roce 2018 zemřelo v nemocnici 57 427 pacientů, tudíž o 2 842 více než v roce 2014. Pokud u každého grafu porovnáme rok 2014 s rokem, který je od roku 2014 nejdále, dojdeme k výsledku, že **předpoklad č. 1 byl vyvrácen**. Třináct grafů z dvaceti čtyř ukazuje na to, že preventivní zdravotnické programy nejsou efektivní. Další tři grafy jsou neutrální. Paní Drahuše Ronešová Maříková ve své bakalářské práci na téma *Výchova ke zdraví jako součást vzdělávání dospělých vedla kvantitativně orientovaný výzkum, pomocí kterého zjišťovala stav vzdělávání dospělých v oblasti výchovy ke zdraví z hlediska informovanosti. Národní strategie Zdraví 2020 je informační kampaň, která pomáhá občanovi v oblasti výchovy ke zdraví. Vyhodnocení dotazníkového šetření paní Drahuše Ronešové Maříkové ukázalo, že více jak polovina dotazovaných nemá informace ke vzdělání dospělých k výchově ke zdraví. (MAŘÍKOVÁ, 2016) Jestliže dospělý občané nejsou vzdělaní v oblasti výchovy ke zdraví, nemohou být preventivní zdravotnické programy efektivní.*

Dalším cílem bylo zjistit, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní ohledně omezení zdravotně rizikového chování. K danému cíli se vztahuje **předpoklad č. 2**, který předpokládá, že preventivní zdravotnické programy jsou efektivní ohledně omezení zdravotně rizikového chování. K ověření předpokladu sloužily data z grafů č. 10, 11, 12, 13 a 14 v praktické části. Graf č. 10 porovnává prevalenci kuřáctví v ČR v letech 2014 – 2019. V roce 2014 kouřilo 31,4 % populace. V roce 2015 kouřilo 24,1 % populace, méně než v předchozím roce. V roce 2016 to opět stoupl a kouřilo 28,6 % populace. V roce 2017 kouřilo 25,2 % populace. V roce 2018 kouřilo 28,5 % populace a v roce 2019 kouřilo 24,9 % populace, tudíž téměř shodně jako v roce 2015. Můžeme vypořadovat, že v roce 2014 kouřilo

o 6,5 % populace více než v roce 2019. Graf č. 11 nám porovnává uživatele pouze elektronických cigaret v ČR. V roce 2014 ji užívalo 3,9 % populace. V roce 2015 ji užívalo 2,3 % populace. V roce 2016 užívalo elektronickou cigaretu 5,7 %, tím pádem více než v předchozích rocích. V roce 2017 ji užívalo 5,2 % populace. V roce 2018 ji užívalo 4,6 % a v roce 2019 4,9 % populace. Můžeme vypožorovat, že v roce 2014 užívalo elektronickou cigaretu o 1 % méně populace nežli v roce 2019. Graf č. 12 zobrazuje věkovou strukturu kuřáků v ČR v roce 2014 a 2019. V roce 2014 bylo 13,4 % kuřáků ve věkovém rozmezí 15 – 24 let a v roce 2019 jich bylo 10,9 %, tudíž o 2,5 % méně. V roce 2014 bylo 35,7 % kuřáků ve věkovém rozmezí 25 – 44 let a v roce 2019 jich bylo 34,7 %, tudíž o 1 % méně. V roce 2014 bylo 31,6 % kuřáků ve věkovém rozmezí 45 – 64 let a v roce 2019 jich bylo 31,1 %, tudíž o 0,5 % méně. V roce 2014 bylo 19,3 % kuřáků ve věku 65 let a více. V roce 2019 bylo 23,3 % kuřáků ve věku 65 let a více, tudíž o 4 % více. Graf č. 13 ukazuje průměrnou spotřebu alkoholu na osobu v litrech v roce 2014 a 2018. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 15 -24 let 8,2 l a v roce 2018 7,6 l, tudíž o 0,6 l méně. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 25 – 44 let 8,7 l a v roce 2018 9 l, tudíž o 0,3 l více. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 45 – 64 let 7,6 l a v roce 2018 9,4 l, tudíž o 1,8 % více. V roce 2014 byla průměrná roční spotřeba alkoholu u osob ve věku 65 a více let 8,9 l a v roce 2018 7,3 l alkoholu, tudíž o 1,6 méně. Graf č. 14 porovnává kuřáky, kteří zvažovali, že zanechají kouření v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret v letech 2014 – 2019. V roce 2014 zvažovalo 19,1 % kuřáků, že přestanou kouřit v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret. V roce 2015 to zvažovalo 13,7 %. V roce 2016 to zvažovalo 22,8 % kuřáků. V roce 2017 to zvažovalo 12,4 % kuřáků. V roce 2018 zvažovalo, že přestane kouřit 14,1 % kuřáků a v roce 2019 to zvažovalo 18,4 % kuřáků. Jestliže porovnáme rok 2014 a 2019, zjistíme, že v roce 2014 zvažovalo, že přestane kouřit v souvislosti se zdravotním varováním na krabičkách od cigaret o 0,7 %více než v roce 2019. Pokud u každého grafu porovnáme rok 2014 s rokem, který je od roku 2014 nejdále, dojdeme k výsledku, že **předpoklad č. 2 byl vyvrácen**. Tři z pěti grafů ukazují na zvýšení zdravotně rizikového chování po roce 2014.

Dalším cílem bylo zjistit, zda pomocí preventivních zdravotnických programů se zvýšil rozvoj vyšetření pomocí screeningu. K danému cíli se vztahuje **předpoklad č. 3**, který předpokládá, že pomocí preventivních zdravotnických programů se zvýšil rozvoj vyšetření pomocí screeningu. K ověření předpokladu sloužily data z grafů č. 19, 20 a 21. Graf č. 19 porovnává míru účasti žen ve věku od 45 – 70 let na mamografickém screeningu. V roce

2014 se mamografického screeningu účastnilo 59,6 % žen. V roce 2015 se účastnilo 59,8 % žen. V roce 2016 se účastnilo 59,1 % žen. V roce 2017 se účastnilo 59,3 % žen a v roce 2018 se účastnilo mamografického screeningu 58,6 % žen, tudíž o pouhé 1 % méně než v roce 2014. Graf č. 20 ukazuje pokrytí cílové populace, která podstoupila test na okultní krvácení do stolice. V roce 2014 test podstoupilo 40,1 % cílové populace. V roce 2015 test podstoupilo 42,2 % cílové populace. V roce 2016 test podstoupilo 43,3 % populace. V roce 2017 test podstoupilo 41,1 % cílové populace a v roce 2018 test podstoupilo 40,5 % cílové populace. Během roky 2014 a 2018 nastala změna pouze v rozdílu 0,4 %. Paní Nela Konečná se ve své práci na téma Informovanost laické veřejnosti nad 50 let o možnostech screeningu kolorektálního karcinomu v Libereckém kraji zabývala ve svém dotazníku znalostí respondentů screeningových metod kolorektálního karcinomu. Došla ke zjištění, že více jak polovina dotazovaných nezná zmíněné screeningové metody. (KONEČNÁ, 2015) Graf č. 21 ukazuje pokrytí cílové populace ČR cervikovaginálním screeninem. V roce 2014 se účastnilo cervikovaginálního screeningu 55 % žen. V roce 2015 se účastnilo 55,7 % žen. V roce 2016 se účastnilo 56 % žen. V roce 2017 se účastnilo 56,1 % žen a v roce 2018 se účastnilo 56,2 % žen, tudíž můžeme sledovat, jak se účast na cervikovaginálního screeningu lehce zvyšuje. **Předpoklad č. 3 byl potvrzen**, neboť dva ze tří grafů ukazují na to, že po roce 2014 se zvýšil rozvoj vyšetření pomocí screeningu.

Posledním cílem bylo zjistit, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní ohledně kvality zdravotnických služeb. K danému cíli se vztahuje **předpoklad č. 4**, který předpokládá, že preventivní zdravotnické programy jsou efektivní ohledně kvality zdravotnických služeb. K ověření předpokladu sloužily data z grafů č. 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 a 30. Graf č. 22 ukazuje spokojenost hospitalizovaných pacientů v Nemocnici Na Bulovce, jelikož data celkové spokojenosti pacientů s nemocnicemi v ČR bohužel nelze nalézt. V roce 2014 bylo spokojených 84,5 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2015 bylo spokojených 87,4 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2016 bylo spokojených 87,4 % hospitalizovaných, tudíž stejně jako v roce 2015. V roce 2017 se míra spokojenosti lehce snížila a bylo spokojených 83 % hospitalizovaných pacientů. V roce 2018 míra spokojenosti opět vzrostla a bylo 88 % spokojených hospitalizovaných pacientů, tudíž bylo o 3,5 % více spokojených pacientů než v roce 2014. Graf č. 23 ukazuje spokojenost ambulantních pacientů v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2014 bylo spokojeno 84 % pacientů. V roce 2015 bylo spokojených 87 % pacientů. V roce 2016 bylo spokojených 80 % pacientů. V roce 2017 bylo spokojených také 80 % pacientů a v roce 2018 bylo spokojených 84 % pacientů, čili stejně jako v roce

2014. Graf č. 24 porovnává počet stížností v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2014 bylo 156 stížností v Nemocnici Na Bulovce. V roce 2015 bylo 136 stížností. V roce 2016 bylo 138 stížností. V roce 2017 bylo 109 stížností a v roce 2018 bylo 98 stížností. Můžeme pozorovat, že každým rokem se stížnosti snižují. V grafu č. 25 můžeme vidět počet nemocnic s akutní péčí. V roce 2014 bylo 155 nemocnic s akutní péčí. V roce 2015 bylo 155 nemocnic s akutní péčí. V roce 2016 bylo 152 nemocnic s akutní péčí. V roce 2017 bylo 156 nemocnic s akutní péčí a v roce 2018 bylo 154 nemocnic s akutní péčí, tudíž o jednu méně než v roce 2014. V grafu č. 26 můžeme vidět počet nemocnic s následnou péčí. V roce 2014 bylo 34 nemocnic s následnou péčí. V roce 2015 bylo 32 nemocnic s následnou péčí. V roce 2016 bylo 37 nemocnic s následnou péčí. V roce 2017 bylo 37 nemocnic s následnou péčí a v roce 2018 bylo 40 nemocnic s následnou péčí. Počet nemocnic s následnou péčí se od roku 2014 zvýšil. V grafu č. 27 porovnáváme počet léčeben pro dlouhodobě nemocné. V roce 2014 bylo 73 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2015 bylo 75 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2016 bylo 37 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2017 bylo 35 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. V roce 2018 bylo 35 nemocnic pro dlouhodobě nemocné. Od roku 2016 se počet nemocnic pro dlouhodobě nemocné snížil, protože některé z nich byli převedeny na oddělení nemocnic. Graf č. 28 sleduje počet případů hospitalizace. V roce 2015 bylo 2 250 126 případů nutné k hospitalizaci. V roce 2016 bylo 2 235 161 případů hospitalizace. V roce 2017 bylo 2 210 699 případů hospitalizace a v roce 2018 bylo 2 200 346 případů hospitalizace. Můžeme sledovat, jak se počet hospitalizovaných snižuje. V roce 2014 bylo hospitalizováno o 49 780 více pacientů nežli v roce 2018. Graf č. 29 sleduje průměrnou ošetrovací dobu (dny). V roce 2014 byla průměrná doba hospitalizace 6,3 dnů. V roce 2015 byla průměrná doba hospitalizace 6,2 dnů. V roce 2016 byla průměrná doba hospitalizace také 6,2 dnů. V roce 2017 byla průměrná doba hospitalizace 6,1 dnů. V roce 2018 byla průměrná doba hospitalizace 6,2 dnů. Nejsou přítomny velké rozdíly mezi rokem 2014 a 2018. Graf č. 30 porovnává počet zemřelých v nemocnici. V roce 2014 zemřelo v nemocnici 54 585 pacientů. V roce 2015 zemřelo v nemocnici 57 461 pacientů. V roce 2016 zemřelo v nemocnici 55 236 pacientů. V roce 2017 zemřelo v nemocnici 56 849 pacientů a v roce 2018 zemřelo v nemocnici 57 427 pacientů, tudíž o 2 842 více než v roce 2014. **Předpoklad č. 4 byl potvrzen**, jelikož pět z devíti grafů ukazuje na vyšší kvalitu zdravotnických služeb po roce 2014, jeden z grafů byl neutrální.

ZÁVĚR

První kapitolou, kterou jsem se zabývala v bakalářské práci, se týkala především zdraví, a jak by mělo mít pro člověka obrovským význam, jelikož je to jedna z nejdůležitějších životních hodnot, které ovlivňují průběh a délku našeho života. Byly popsány determinanty zdraví a druhy prevence, jelikož mají na zdraví obrovský vliv. Dále je v práci popsáno očkování a jeho druhy. V další části práce byla pozornost věnována preventivním zdravotnickým programům jako je WHO a Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, který je v České republice realizován prostřednictvím akčních plánů. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí má celkem 13 akčních plánů, kterými se bakalářská práce zabývá podrobněji.

Pro praktickou část jsem si zvolila sběr a analýzu dat. K výzkumu jsem si stanovila cíle a k nim určité předpoklady. Pro ověření předpokladů jsem sbírala data, které byly možné nalézt. Sběr dat byl vybrán tak, aby se dle nich jasně potvrdily nebo vyvrátily předpoklady. Z výsledků vyplynulo, že preventivní zdravotnické programy nejsou efektivní. Nadváha a obezita stoupá jak u chlapců a dívek ve věku 15 let, tak u starších mužů a žen. Hypertenze a onemocnění diabetes mellitus jsou velmi často následky právě obezity a nadváhy. Podle výsledků grafů prevalence hypertenze a diabetes mellitus stále stoupá. Příjemným překvapením bylo zjištění, že od roku 2014 se snížilo procento populace kuřáků a to nejvíce ve věkové struktuře 15 – 24 let. Naopak procento populace uživatelů elektronických cigaret se zvýšil. Zajímavý byl výsledek u proočkovanosti dětí hexavakcínou a proočkovanost proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím. V grafu jsme mohli jasně vidět, že míra proočkovanosti se celkem rapidně snižuje a proto také nejspíše přibývá množství infekčních onemocnění. Příjemné zjištění bylo také u míry účasti na screeningových vyšetření, která se zvyšuje, jak jsme mohli vidět v grafech. Rovněž mě překvapilo, že v roce 2014 byl menší počet úmrtí v nemocnicích nežli v roce 2018.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo především zjistit, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní. Tento daný předpoklad se s údivem nepotvrdil. Další předpoklad, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní ohledně omezení zdravotně rizikového chování, se také nepotvrdil. Další cíl, kdy jsme předpokládali, že díky preventivním zdravotnickým programům se zvýšil rozvoj vyšetření pomocí screeningu, byl potvrzen. Poslední cíl měl za úkol zjistit, zda preventivní zdravotnické programy jsou efektivní ohledně kvality zdravotnických služeb. Tento daný předpoklad se potvrdil. Z výzkumu nám tedy

vyplýnulo, že preventivní zdravotnické programy efektivní nejsou. Jsou efektivní pouze z některých částí, což nám potvrdil předpoklad č. 3 a předpoklad č. 4.

SEZNAM LITERATURY

- 1) ANSCHLAGOVÁ, Dagmar. Škola podporující zdraví | Královéhradecký kraj. Vstupní stránka [online]. Copyright © 2018 Královéhradecký kraj [cit. 31-10-2019]. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/scripts/detail.php?id=6400>
- 2) ARMSTRONG, Katrina; Gary J. Martin. Screening and Prevention of Disease | Harrison's Principles of Internal Medicine, 19e | AccessMedicine | McGraw-Hill Medical. AccessMedicine – Internal Medicine Clinical Resource [online]. Copyright © 2020 McGraw [cit. 05-11-2019]. Dostupné z: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1130&ionid=63651647>
- 3) BABKOVÁ, Zdenka. Zdravý životní styl | IKEM. [online]. Copyright © Institut klinické a experimentální medicíny 2015 [cit. 08-11-2019]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/zdravy-zivotni-styl/a-3367/>
- 4) BÁRTLOVÁ, Sylva. Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-2201-1.
- 5) CSÉMY, L. a spol. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019*. SZÚ [online]. Copyright ©. 2020. ISBN 978-80-7071-394-5. [cit. 04-08-2020]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/zprava_tabak_alkohol_cr_2019.pdf
- 6) ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3996-3.
- 7) ČEVELA, Rostislav. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2938-4.
- 8) ČSÚ. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. 2020. [cit. 06-08-2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide?p_p_id=3&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_3_struts_action=%2Fsearch%2Fsearch&_3_groupId=0&_3_keywords=BMI&_3_format=&_3_delta=20&_3_advancedSearch=false&_3_andOperator=true&_3_resetCur=false&_3_cur=2

- 9) ČSÚ. 25. ZDRAVOTNICTVÍ | ČSÚ. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. 2019. [cit. 08-08-2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/25-zdravotnictvi-tjeuqg9wo3>
- 10) ČTK. Počet dětí s nadváhou a obezitou roste. Sladkostí přitom konzumují méně než dřív - Aktuálně.cz. Zprávy - Aktuálně.cz [online]. Copyright ©. 2019. [cit. 01-09-2020]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/pocet-obeznich-deti-roste-musime-podporit-jejich-prirozeny-p/r~a7082982974011e9be22ac1f6b220ee8/>
- 11) FABIÁNOVÁ, Kateřina. Co je očkování proti infekčním onemocněním?, SZÚ. SZÚ [online]. Copyright © 2019 [cit. 30-02-2020]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/vakciny/co-je-ockovani-proti-infekcnim-onemocnenim>
- 12) FABIÁNOVÁ, Kateřina. Očkování při cestách do zahraničí, SZÚ. SZÚ [online]. Copyright © 2015 [cit. 07-02-2020]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/cestovni-medicina/ockovani-pri-cestach-do-zahranici>
- 13) HAMPLOVÁ, Lidmila. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5562-5.
- 14) HROMADA, P. Diabetes mellitus - vybrané statistiky - Top Class Medical s.r.o. Top Class Medical s.r.o. [online]. Copyright © 2018. Made by PetrHromada.cz [cit. 01-09-2020]. Dostupné z: <http://www.topclassmedical.cz/diabetes-mellitus-vybrane-statistiky/>
- 15) CHAISSON, Richard. WHO EMRO | Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity | Public health functions | About WHO. [online]. Copyright © WHO 2020 [cit. 08-02-2020]. Dostupné z: <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>
- 16) KAREN, I. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [online]. 2014. [cit. 01-09-2020]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/DP-AH-2014.pdf>
- 17) KICKBUSCH, Ilona, Jürgen M. PELIKAN, Franklin APFEL a Agis D. TSOUROS. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional
- 18) KONEČNÁ, L. Informovanost laické veřejnosti nad 50 let o možnostech screeningu korektálního karcinomu v Libereckém kraji. DSpace at University of West Bohemia: NO

TITLE [online]. Copyright ©. 2015. [cit. 04-08-2020]. Dostupné z: https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/26063/Screening_oprava_Pelcova_5%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19) KRAUTOVÁ, S. Kvalita a bezpečí zdravotnických služeb | . [online]. Copyright © 2020 Nemocnice Na Bulovce. [cit. 08-08-2020]. Dostupné z: <https://bulovka.cz/akreditace/kvalita-a-bezpeci-zdravotnickych-sluzeb/>

20) KUČERA, Zdeněk. Redirecting to /specialist-agreement. Redirecting to /specialist-agreement [online]. 2014 [cit. 07-02-2020]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/zdravotni-gramotnost-obyvatel-cr-vysledky-komparativniho-reprezentativniho-setreni-59024>

21) KUČERA. Programy Světové zdravotnické organizace - Zdraví.Euro.cz. *Zdravotnictví a medicína - Zdraví.Euro.cz* [online]. Copyright 2020. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/programy-svetove-zdravotnicke-organizace-121670>

23) LUKAVCOVÁ, T. Spotřeba potravin - 2018 | ČSÚ. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. [cit. 04-08-2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/spotreba-potravin-2018>

24) MACHO, J. Výskyt nadváhy a obezity u žáků středních škol v Mostě. Univerzita Palackého v Olomouci. *Theses.cz – Vysokoškolské kvalifikační práce* [online]. Copyright ©. 2015. [cit. 04-08-2020]. Dostupné z: https://theses.cz/id/84rbmf/diplomov_prce_jana_macho.txt

25) MAŘÍKOVÁ, D. Výchova ke zdraví jako součást vzdělávání dospělých. Západočeská univerzita v Plzni, DSpace at University of West Bohemia: NO TITLE [online]. Copyright ©. 2016. [cit. 03-08-2020]. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/24451/1/BP_Ronesova.pdf

26) MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

27) MAŇASOVÁ, Šárka. Primární - nespecifická a specifická: Ostrov radosti. Ostrov radosti [online]. 2019 [cit. 08-01-2020] Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/prevence/nespecificka-a-specificka/>

28) MIOVSKÝ, Michal. Rozdělení primární prevence - Klinika Adiktologie . Klinika Adiktologie [online]. Copyright © 1. LF UK 2020 [cit. 08-02-2020]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/rozdeleni-primarni-prevence>

29) MZ ČR, 2015a. Akční plán č. 1: Podpora pohybové aktivity [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

30) MZ ČR, 2015b. Akční plán č. 2: Správná výživa a stravovací návyky [online]. MZ ČR [cit. 09-02-020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

31) MZ ČR, 2015c. Akční plán č. 2b: Prevence obezity [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

32) MZ ČR, 2015d. Akční plán č. 3: Duševní zdraví [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

33) MZ ČR, 2015e. Akční plán č. 4a: Vytvoření interdisciplinárního meziresortního rámce primární prevence rizikového chování u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

34) MZ ČR, 2015f. Akční plán č. 4b: Oblast kontroly tabáku v České republice [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

35) MZ ČR, 2015g. Akční plán č. 4c: Omezení škod působených alkoholem [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

36) MZ ČR, 2015h. Akční plán č. 5: Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

37) MZ ČR, 2015ch. Akční plán č. 6a: Provakcinace [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

38) MZ ČR, 2015i. Akční plán č. 7: Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

39) MZ ČR, 2015j. Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

40) MZ ČR, 2015k. Akční plán č. 9: Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

41) MZ ČR, 2015l. Akční plán č. 10: Vzdělávání zdravotnických pracovníků a) lékařští zdravotničtí pracovníci. [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

42) MZ ČR, 2015m. Akční plán č. 10: Vzdělávání zdravotnických pracovníků b) nelékařští zdravotničtí pracovníci [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

43) MZ ČR, 2015n. Akční plán č. 11 elektronizace zdravotnictví [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

44) MZ ČR, 2015o. Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015 – 2020 [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

43) MZ ČR, 2015p. Akční plán č. 13: Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel [online]. MZ ČR [cit. 09-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivity.pdf

- 45) MZ ČR, Ministerstvo zdravotnictví [online]. Copyright ©. 2019. [cit. 06-08-2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16854/36632/27-2019.pdf>
- 46) MZ ČR, 2018. Zpráva o životním prostředí ČR 2017: Díky rozvoji technologií a zaváděným opatřením nadále klesá zátěž našeho životního prostředí - Ministerstvo životního prostředí. Ministerstvo životního prostředí [online]. Copyright © 2008 [cit. 10-02-2020]. Dostupné z: https://www.mzp.cz/cz/news_20112018_zprava_o_stavu_zivotniho_prostredi
- 47) NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.
- 48) NEDBALOVÁ, Jana. Výchova ke zdraví. Výchova ke zdraví [online]. Copyright © 2009 [cit. 20. 03. 2020]. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/pojmy.html>
- 49) PELIKÁNOVÁ, A. Jaká je skutečná proočkovanost proti spalničkám v ČR? - Pro volbu - iniciativa za svobodné rozhodování o zdraví - očkování, zdraví, informovanost. Pro volbu - iniciativa za svobodné rozhodování o zdraví - očkování, zdraví, informovanost - Pro volbu [online]. Copyright © Pro volbu 2017 [cit. 06-08-2020]. Dostupné z: <https://provolbu.cz/jaka-je-skutecna-proockovanost-proti-spalnickam-v-cr/>
- 50) PSOTA, V. Kolik zeleniny jíme a kolik bychom měli? - Farma Bezdínek - Farma Bezdínek. HomePage - Farma Bezdínek - Farma Bezdínek [online]. 2018. Dostupné z: <https://www.farmabezdinek.cz/kolik-zeleniny-a-ovoce-sni-cesi-denne/>
- 51) SOVINOVÁ, H. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014. SZÚ [online]. Copyright ©. 2015. [cit. 04-08-2020]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/MUDr._Kernova/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_CR_2014.pdf
- 52) SUCHÁNKOVÁ, Marie. Historie očkování. Rozalio - rodiče za lepší informovanost a svobodnou volbu v očkování [online]. Rozalio, s. © 2015 Dostupné z: <http://rozalio.cz/english/163-uncategorised/1095-historie-ockovani>
- 53) SZÚ [online]. Copyright ©. 2019. [cit. 06-08-2020]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/infekce/tabulka_leden_prosinec_2019.pdf
- 54) ŠAFRÁNEK, Michal. WHO: Světová zdravotnická organizace | NEXTCLINICS. O nás | NEXTCLINICS [online]. Copyright © 2016 [cit. 23-11-2019]. Dostupné z: <https://www.next-clinics.cz/clanky/who-svetova-zdravotnicka-organizace>.

- 55) ŠTĚPÁNYOVÁ, Gabriela. Světová zdravotnická organizace. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Copyright © 2017 [cit. 20-11-2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace_9047_3115_8.html.
- 56) TRSKOVÁ, Halina. Povinná očkování - VZP ČR. VZP ČR [online]. Copyright © 2020 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 07-02-2020]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/ockovani/povinna-ockovani>
- 57) ÚZIS. Portál poradních orgánů, pracovních skupin a odborných komisí Ministerstva zdravotnictví [online]. Copyright ©. 2018. [cit. 08-08-2020]. Dostupné z: <https://ppo.mzcr.cz/upload/files/monitorovaci-zprava-sc-projekt-et-prezentace-majek-25112019-pdf-5e33028e2147f.pdf>
- 58) VÁŠKŮ, Šárka. ZdravaMesta.cz. ZdravaMesta.cz [online]. 2019 [cit. 20-11-2019]. Dostupné z: <https://www.zdravamesta.cz/cz/portaly-nszm>
- 59) WASSERBAUER, Stanislav. Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Copyright © 2015 [cit. 05-02-2020]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html
- 60) WIDIMSKÝ, J. Redirecting to /specialist-agreement. Redirecting to /specialist-agreement [online]. 2018. [cit. 01-09-2020]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2018-7-8/diagnosticke-a-lecebne-postupy-u-arterialni-hypertenze-verze-2017-doporuceni-ceske-spolecnosti-pro-hypertenzi-63990>
- 61) Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.