

SOCIÁLNÍ PŘÍČINY A DŮSLEDKY DĚTSKÉ OBEZITY

Vendula Králová

Fakulta sociálních věd

Univerzita Karlova

Praha

3. ročník sociologie a sociální politiky

Konzultoval: MUDr. Petr Háva, CSc.

Práce bude obhajována v 6. semestru studia.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedeníh pramenů a literatury.

V Praze dne 20.5.2006

Králová

Podpis studentky

OBSAH

1. ABSTRAKT.....	3
2. ÚVOD.....	4
3. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	5
4. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	6
Koncepty z oblasti veřejného zdraví.....	6
Koncepty z oblasti veřejné politiky.....	10
Ekonomické koncepty.....	11
5. METODICKÝ PŘÍSTUP.....	12
6. EPIDEMIE OBEZITY A AKCE VEŘEJNÝCH POLITIK.....	13
6.1 Je vývoj obezity a nadváhy skutečně tak alarmující?.....	13
6.2 Zdravotní a hospodářské důsledky epidemie obezity.....	13
6.3 Společenské a individuální příčiny obezity.....	17
6.4 Analýza vybraných událostí tvorby veřejných politik řešících problém obezity a nadváhy.....	23
7. ZÁVĚR.....	34
8. LITERATURA.....	35
9. PŘÍLOHY.....	37

1.

ABSTRAKT

Cíle práce spočívají v analýze společenských příčin obezity a analýze vybraných událostí veřejné politiky reagujících na tento narůstající společenský problém na úrovni EU. Práce používá metodu analýzy vybraných událostí veřejné politiky. Vývojové trendy obezity a nadváhy jsou doloženy publikovanými údaji v odborném tisku. Vývoj nadváhy získává charakter epidemie s postižením všech věkových skupin obyvatel. Klíčové příčiny jsou spatřovány v dlouhodobě neudržitelném stavu nerovnováhy nadprodukce potravin, marketingové podpory nadměrné spotřeby v kombinaci s omezením pohybových aktivit. Obezita se jako negativní externalita stává příčinou jinak odvratitelných chronických onemocnění a je spojena s významnými hospodářskými důsledky. Na úrovni institucí EU probíhá v současné době diskuse četných aktérů potravinářské politiky a zdravotnictví nad východisky legislativního procesu. Řešení epidemie obezity si vyžádá zapojení všech složek společnosti a nevyhne se složitým paradigmatickým střetům, označovaným jako „potravinové války“.

ABSTRACT

The main objectives of the study are the analysis of obesity social causes and the analysis of selected events of public policy responding to this growing social issue within European Union. Method of analysis of selected items of public policy is applied. Development trends of obesity and overweight are supported by information published in scientific press. The progress of overweight is getting the nature of epidemic affecting all age groups. Key causes are found in long-term unsustainable state of unequilibrium of food surplus production, marketing support of overconsumption and reduced physical activity. Obesity as a negative externality turns to be the cause of avertable chronic diseases and is related to serious economic consequences. On the level of European Union is currently in progress the discussion of many actors of food policy and health services over the outputs of legislative process. Resolution of obesity epidemic will require cooperation of all parts of society and can not avoid difficult paradigm conflicts described as “food wars”.

2. ÚVOD

Obezita se stává ve vyspělých zemích významnou hrozbou zdravotního stavu obyvatel a s tím souvisejících hospodářských důsledků. Především WHO již takřka 50 let varuje, že celosvětově trpí populace vyspělých států nadváhou nebo obezitou. Celkem jde o 1,3 – 1,7 miliardy lidí a tento počet neustále stoupá. Obezita je přitom příčinou řady závažných onemocnění [Lang, Rayner, 2005; 303]

Alarmující je skutečnost, že stoupá nejen počet dospělých lidí (*Graf 2.1*), kteří trpí obezitou, ale k epidemii dochází i mezi dětmi (*Graf 2.2, Tab. 2.1, Tab 2.2*). Pokud bude míra obezity mezi evropskými dětmi stále narůstat (*Tab. 2.3*), důsledky mohou být dalekosáhlé. Střední délka života obyvatel Evropské unie může poklesnout, zatímco výdaje na zdravotní péči budou stoupat. Zvýšená tělesná hmotnost se stává nejčastější dětskou nemocí v Evropě, ale nárůst lze zaznamenat i z globálního hlediska. V některých státech západní Evropy stoupla prevalence z 10% kolem roku 1980 na 20% koncem 90. let. [The European Health Report 2005, 2005; 51] Odhady pro rok 2006 uvádějí, že v Evropské unii trpí nadváhou nebo obezitou 22 milionů dětí a v roce 2010 může tento údaj dosáhnout hodnoty 26 milionů (*Tab. 2.4*) [Leach, Lobstein, 2006; 30].

Důvodem, proč je nezbytné se zabývat již dětskou obezitou, je, že lidé trpící nadváhou a obezitou v dětství jsou často obézní i v dospělosti, kdy je mnohem obtížnější se jí zbavit. Přestože dochází k pokroku ve vývoji nových léků a metod pro potlačení obezity, tyto procedury jsou nákladné a neřeší všechny problémy. **Léčba samotné obezity** je nákladná. Výroba takových léčiv je vnímána jako kontroverzní alternativa. Mnohem důležitější prioritou jsou proto **primární odvratitelné příčiny obezity**. Z hlediska veřejné politiky jde pak především o **společenské příčiny** obezity. Prevence obezity v dětství je jedním z klíčových úkolů veřejných politik s cílem redukce zdravotních a ekonomických zátěží s ní spojených. [Paxson et al., 2006; 5].

Mnoho nemocí spojovaných s obezitou dospělých lze nyní častěji spatřovat také u dětí. Obezita ovlivňuje mnoho tělesných systémů a dětská obezita urychluje jejich poškození [Paxson et al., 2006; 8].

Důsledky obezity nejsou jen zdravotního charakteru. The International Obesity TaskForce, organizace spolupracující s WHO a dalšími nevládními organizacemi, upozorňuje, že 2 až 8 % výdajů na zdravotní péči souvisí s obezitou [Byrne, 2003, s. 16]. K tomu je nutné přičíst sníženou produktivitu a další nepřímé výdaje. S použitím těchto údajů lze roční náklady na důsledky obezity v ČR odhadovat na několik miliard korun.

3. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Cíle

Hlavním cílem práce je analýza příčin a důsledků obezity u dětí v širším společenském kontextu. Dílčí cíle analýzy jsou následující

- analýza environmentálních faktorů, které podporují šíření epidemie obezity mezi dětmi ve všech vrstvách společnosti
- analýza dopadů epidemie obezity na zdravotní stav a s tím související hospodářské (ekonomické) náklady
- analýza aktérů, kteří se podílejí na vzniku problému
- analýza navrhovaných a realizovaných opatření veřejné politiky se zaměřením na Evropskou unii

3.2 Otázky

Otázky, které jsou z hlediska tvorby "evidence based" veřejné politiky důležité, jsou

- Jaké společenské faktory se nejvíce podílejí na globální epidemii obezity mezi dětmi a obecně?
- Jaké důsledky má epidemie obezity pro veřejné zdraví a zdravotní péči?
- Kteří aktéři působí v oblasti stravování a zdravého životního stylu a jaký je jejich možný přínos při řešení problému?
- Jaké jsou možnosti tvorby politik na jednotlivých úrovních vládnutí a zejména na úrovni Evropské unie?

4. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Příčiny a společensky hroživé důsledky trendů vývoje obezity v současné společnosti jsou příkladem procesů, jejichž souvislosti, ale i možnosti řešení, zasahují do více oblastí rozvoje poznání i samotné praxe a mají navíc globální charakter. Promítají se do procesů veřejných politik na individuální, komunitní, národní a nadnárodní úrovni. Jsou předmětem intenzivních aktivit Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, Evropské unie, ale i jednotlivých států. Analýzy a řešení problému „epidemie obezity“ se tedy neobejdou bez multidisciplinárního přístupu. Současně však jde o vzájemné střety několika existujících paradigmat (ekonomické paradigma produkce (*Obr. 4.1*), paradigmat zdravotnická (*Obr. 4.2*) a paradigma, jež bývá v této souvislosti označována jako environmentální (*Obr. 4.3*)). Diskusi tohoto střetu věnovali snad nejvíce prostoru Lang a Heasman ve své knize *Food Wars* a znázornil jej i graficky (*Obr. 4.4*). Tomuto základnímu pohledu také odpovídá členění teoretických konceptů této práce.

Koncepty z oblasti veřejného zdraví (public health)

Veřejné zdraví (public health)

Veřejné zdraví je multidisciplinární obor, který se zabývá zdravotním stavem obyvatelstva a jeho vývojem s cílem ochrany, podpory a obnovy lidského zdraví. Kombinuje v sobě přístupy mnoha vědních disciplín (epidemiologie, demografie ad.), jejich metody a poznatky ve snaze udržet a zlepšit zdraví populací. Veřejné zdraví se neustále vyvíjí a tím dochází k dalšímu uplatňování multidisciplinárních přístupů. K realizaci cílů má k dispozici nástroje veřejné politiky, která má možnost ovlivňovat legislativu. [Orme et al., 2003; Háva, 2005]

Determinanty zdraví

V posledních desetiletích došlo k formování konceptu determinant zdraví, který je rozšířením od bio-medicínského pohledu k sociálně-psychologicko-ekonomickému. Tato teorie má význam zejména z hlediska chápání příčin nemocí. Zdraví je v tomto

pojetí významně determinováno sociálními podmínkami, v nichž lidé žijí, a životním stylem (*Obr. 4.5*). Jakkoli významná může být individuální genetická náchylnost k onemocnění, společné příčiny zdravotního stavu populace jsou environmentálního charakteru. Reflektují změny ve způsobu života a působí rychleji než změny genetické. [Wilkinson, Marmot, 2005]

Nemoci, zejména chronické, jsou způsobeny více faktory (teorie multikauzality). Životní styl (výživa, fyzická aktivita ad.) má při vzniku nemoci důležitou roli (pro vznik obezity je tento předpoklad nepopiratelný). Některým chronickým nemocem lze ve velké míře proto předcházet změnou chování [The European Health Report 2002, 2002].

Zdravotní politika byla dříve považována zejména za poskytování a financování lékařské péče a sociální determinanty zdraví byly diskutovány pouze mezi příslušníky akademické obce. Lékařská péče je schopna prodloužit dožití, ale pro zdraví populace jako celku jsou mnohem důležitější sociální a ekonomické podmínky, jež vedou k onemocnění a potřebě lékařské péče. [Wilkinson, Marmot, 2005; 8].

Podle publikace Sociální determinanty zdraví – Fakta a souvislosti má nabádání k individuální změně chování omezený účinek, a proto je potřebné porozumět tomu, jak je chování ovlivněno prostředím (sociálními determinantami zdraví) a provádět změny prostředí, které mohou vést ke zdravějšímu chování. [Wilkinson, Marmot, 2005; 9]

Uznání sociálních determinant zdraví má jisté důsledky pro politická rozhodnutí, a proto jsou v situaci, kdy stoupá míra obezity, důležitá zejména následující opatření [podle Wilkinson, Marmot, 2005; 43]: Nadnárodní, státní a místní vládní instituce, nevládní organizace a potravinářský průmysl by měly zajistit:

- „zabudování hledisek veřejného zdravotnictví do potravinářského systému tak, aby poskytoval dostupné a výživné čerstvé potraviny pro všechny[...]“
- „demokratické, transparentní rozhodování a zodpovědnost ve všech záležitostech, týkajících se regulace s účastí všech zainteresovaných, včetně konzumentů“
- „dostupnost užitečných informací o potravinách, stravování a zdraví, zejména pro děti“

- „využívání vědecký podložených srovnávacích přehledů nutričních hodnot a výživových doporučení, které by byly podkladem pro tvorbu a implementaci politiky v oblasti potravin a výživy“

Nemoc

Nemoc lze chápat jako **objektivně zjistitelnou poruchu zdraví**, která má své příčiny, podmínky a typický průběh a kterou lze do určité míry ovlivnit. Má svá charakterizovatelná vývojová stadia v průběhu lidského života. V souvislosti s prodlužující se délkou života ve vyspělých společnostech vyvstává problém představovaný chronickými nemocemi, které vznikají současným a dlouhodobým působením více faktorů. [Žáček, 1974; Drbal, 2005]

Obezita je jako nemoc definována nejčastěji na základě body mass indexu (indexu tělesné hmotnosti, BMI), který čím je vyšší, tím větší hrozí riziko vzniku nemocí souvisejících s obezitou. Hodnota BMI se počítá jako váha v kilogramech vydělená druhou mocninou výšky v metrech. Výsledné číslo určuje váhovou kategorii. Hodnoty jsou následující [Obesity, cit. 2006-05-17]:"Osoba s BMI přes 25 kg/m² je považována za osobu s nadváhou; BMI přes 30 kg/m² je považováno za obezitu. Další limit při 40 kg/m² je identifikován jako naléhavý risk nemoci. Americký Institut pro výzkum rakoviny považuje BMI mezi 18,5 a 25 za ideální cíl zdravé osoby.,,

Metodologie "Burden of Disease" umožňuje kvantifikovat zdravotní stav populace pomocí kombinace údajů o úmrtnosti a nemocnosti - mohou být vypočítávány odhady a projekce vývoje epidemiologických charakteristik, poskytuje přehled o rozsahu škod vyplývajících z předčasné úmrtnosti či nemocnosti, příspěvku nemocí, úrazů a rizikových faktorů k celkové zdravotní úrovni ad. [Murray, Lopez, 1994].

Podpora zdraví

Podpora zdraví úzce souvisí se **sociálním modelem** zdraví, který tvrdí, že zdraví je ovlivněno politickými, ekonomickými, společenskými, psychologickými, kulturními faktory a faktory prostředí. [Havelková et al., 2003; 11]

Snaží se zejména předcházet vzniku nemocí. Nespočívá v léčbě již vzniklé nemoci, ale snaží se ovlivňovat samotné determinanty zdraví.

Hlavními součástmi podpory zdraví jsou **prevence, zdravotní výchova a veřejná politika zohledňující zdraví** (zdravá veřejná politika) [Havelková et al., 2003;

20]. Prevence je chápána jako aktivita zabraňující vzniku onemocnění. Primární prevence má redukovat vystavení lidí faktorům rizikovým pro vznik onemocnění, zabraňuje vzniku nemocí. Sekundární prevence je v boji s obezitou neméně důležitá, protože spočívá ve screeningu, časném odhalení nemoci, diagnóze a nastavení adekvátní léčby. [The European Health Report 2005, 2005; 13]

Zdravotní výchova je proces poskytování informací a rad napomáhajících rozvoji znalostí a dovedností s cílem změnit chování. Podporuje kritické vědomí, objasňuje hodnoty, zkoumá postoje a vzdělává tvůrce politiky. Zároveň umožňuje a ovlivňuje kontrolu nad vlastním zdravím. [Havelková et al., 2003; 20]

Zdravá veřejná politika projevuje zájem o zdraví ve všech politických oblastech a přijímá politickou odpovědnost za vlivy na zdraví. Hlavním cílem je vytvoření příznivého prostředí, které umožní lidem žít zdravě. Zajišťuje a usnadňuje lidem možnost uchovat si zdraví. Pro prosazování zdravé veřejné politiky je nutná spolupráce legislativy, změny v oblasti finančních opatření, organizačním uspořádání. Nezbytná je multiresortní spolupráce a zapojení veřejnosti [tamtéž]. To může být problematické, protože jednotliví aktéři přijímají opatření zdravé veřejné politiky neochotně, pokud to od nich vyžaduje omezení sebe sama (v případě obezity lze uvést například neochotné přijímání omezení dotací na výrobu potravin). Veřejná politika má možnost pomocí norem, programů a adresných projektů ovlivnit hospodářskou oblast.

„Hodnotová základna efektivní a udržitelné podpory zdraví populace v dnešní Evropě musí být schopna zahrnout myšlení a poznatky o širších determinantách zdraví [...] a zároveň prosazovat chápání zdraví jako zdroje pro sociální a hospodářský rozvoj a také jako základního lidského práva[...]. Důkazy a zkušenosti z různých zemí Evropy a světa ukazují, že není-li rozpoznána komplexní povaha zdraví a jeho determinant, je obtížné zajistit dlouhodobou udržitelnost potřebných intervencí" [Brown et al., 2004; 20].

„Pokud jde o programy zaměřené na životní styl, tj. programy usilující především o změnu rizikového chování, řada z nich jen omezeně využívá metod kombinované intervence. Přitom je prokázáno, že kombinované intervence zvyšují účinek a efektivitu programů. Například u podpory zdravého stravování a fyzické aktivity (chování napomáhající redukovat obezitu, snižovat hladinu cholesterolu v krvi a redukovat riziko onemocnění srdce a cév) by program kombinované intervence působil

na klíčové aspekty řetězce stravování a tělesného pohybu i na různé fáze individuální volby“ [Brown et al., 2004; 20].

Investice do zdraví

Dobré zdraví podporuje ekonomické zisky a nabídku pracovních sil. V Evropě, která se potýká se stárnutím populace je nutné počítat s tím, že špatné zdraví zvyšuje pravděpodobnost časného odchodu do důchodu. Evropské vlády by proto měly investovat do podpory zdraví svých populací nejen kvůli samotnému zdravotnímu stavu, ale také proto, že zdraví je významnou determinantou ekonomického růstu a konkurenceschopnosti [Suhrcke et al., 2005; 5].

Koncepty z oblasti veřejné politiky

Veřejná politika je složitým procesem sestávajícím z následně navazujících kroků. Jejím předmětem je řešení společenských problémů.

Na přípravě a tvorbě politického rozhodnutí se vedle politicky odpovědných aktérů z veřejného sektoru podílejí aktéři další a dochází k jejich vzájemným interakcím, v nichž se všechny skupiny aktérů snaží prosadit své **zájmy**.

Aktéry veřejné politiky lze rozdělit do několika skupin. Jsou jimi volení zástupci (parlament, místní zastupitelstva), pracovníci státní správy (exekutiva a legislativa), zájmové skupiny, organizace zabývající se výzkumem a analýzami, media [Howlett, Ramesh, 1995; Purkrábek, 1994]. Dochází ke střetávání soukromého a veřejného sektoru.

Tvorba politických opatření je vnímána jako **cyklus (proces)**, který je tvořen na sebe navazujícími fázemi, **rozhodovacími kroky**. Jedná se o

1. Fázi rozpoznání problému a jeho formulaci. Krok politického cyklu v této fázi představuje uznání existence problému a potřeby jeho řešení.
2. Navazuje návrh řešení, tvorba politik.
3. Výběr řešení, tedy věcná a politická rozhodnutí.
4. Realizace řešení, implementace politik
5. Vyhodnocení efektů politiky [Howlett, Ramesh, 1995; Potůček, LeLoup, 2005]

Výstupy procesu tvorby politik jsou opatření, projekty a programy.

Ekonomické koncepty

Veřejné zdraví a zdravotní politika úzce souvisí s hospodářskou politikou, obdobně jako je tomu u vztahu sociální a hospodářské politiky. Pokud nebude zdravotní stav populace na vysoké úrovni, na čemž se podílí podpora zdraví a slouží k tomu investice do zdraví, bude trh, jehož jedním ze základních zdrojů je lidská práce, zatížen důsledkem omezení produkce a konkurenceschopnosti.

V rámci této práce je jedním z klíčových paradigmat produkce statků v kontextu hospodářské politiky [Urban, 2003; Sojka, Kučera, 1995]. Produkční funkce je obecně podmíněna vstupními základními faktory (práce, finanční kapitál a zdroje). Rozvoj těchto faktorů v potravinářství vedl ve druhé polovině minulého století ve vyspělých státech k nadvýrobě potravin. Díky obecným vlastnostem trhu dochází v rámci konkurenčních vztahů k významnému uplatnění marketingových nástrojů, které pochopitelně v podmínkách nadvýroby vedou ke zvýšené až nadměrné spotřebě. V případě potravin ovšem nadměrná spotřeba vede ke vzniku negativních zdravotních a hospodářských důsledků.

V případě epidemie obezity tedy došlo evidentně k narušení rovnováhy trhu. Obezita má podobně jako kouření v důsledku vzniku vyšší potřeby a spotřeby zdravotní péče ekonomické důsledky charakteru **negativní externality**¹ [Samuelson, 1991; 969]. Jednání a vývoj v oblasti tabákového a potravinového průmyslu ve spojení s reklamou vedou ke společensky závažným důsledkům včetně jejich ekonomické dimenze. V obou případech představují náklady na léčbu důsledků obezity nebo kouření významný procentuální podíl z celkových nákladů na zdravotnictví. V případě obezity se pohybuje tento podíl v rozmezí 2 až 8% celkových nákladů na zdravotnictví. Vztahy poptávky, nabídky a tržní rovnováhy v oblasti potravinářského průmyslu a potravinářské politiky se tak nutně stávají předmětem potřebné diskuse o nutných regulačních opatřeních nejen charakteru ochrany spotřebitele z hlediska nutričních požadavků na kvalitu potravy. Ekonomické cíle firem a jejich marketingové chování jsou evidentně v rozporu s dlouhodobým trendem vývoje obezity a nadváhy v mnoha vyspělých státech. Podrobnější diskusí produkčního paradigmatu v potravinářském

¹ Externalita – činnost, která ovlivňuje pozitivně nebo negativně jiné subjekty, aniž za to musí platit nebo jsou za tuto činnost odškodňovány. Externality se objevují, když se soukromé náklady nebo přínosy nerovnejí společenským nákladům nebo přínosům.

průmyslu v kontextu s očekávaným budoucím technologickým vývojem a hlavně pak v souvislosti se vznikem závažného společenského problému epidemie obesity se zabývají Lang a Heasman [2004].

5. METODICKÝ PŘÍSTUP

Vzhledem k tomu, že se jedná o multidimenzionální společenský problém jde především o kombinaci několika metod analýzy veřejné politiky (analýza společenského problému a jeho objektivizace s využitím dostupných statistických dat, analýzy dokumentů EU, WHO, souhrn poznatků z publikací v odborných časopisech) [Weimer, Vining, 1992, Veselý, 2005] . Je analyzována role a odpovědnost významných aktérů (např. WHO, IOTF, EU) [Howlet, Ramesh, 1995; Fiala, Schubert, 2000].

Zatímco WHO je příkladem aktivujícího aktéra, upozorňujícího na problém, Evropská unie již představuje aktéra s kompetencemi v oblasti tvorby politik, přijetí závazných rozhodnutí s možnostmi jejich implementace v praxi. Vstupní analýzy problému obezity (příčiny, důsledky) jsou doplněny analýzou vybraných návrhů možných přístupů a politik k řešení problému v rámci relevantních veřejných politik (potravinářská, zdravotní), různých rovin vládnutí (globální, nadnárodní/EU, národní, regionální/lokální). [Lang, T., Rayner, G., 314-320]

V průběhu analýzy byla také používána metoda myšlenkových map a influenčních diagramů, které umožnily lepší strukturaci a pochopení souvislostí mezi příčinami, důsledky, aktéry a možnými způsoby řešení epidemie obezity.

Data pro tuto práci jsou získána ze zdrojů IOTF (www.ietf.org), WHO (www.who.int), EU Platform on Diet, Physical Activity and Health a článků v odborných časopisech.

6. EPIDEMIE OBEZITY A AKCE VEŘEJNÝCH POLITIK

Analýza problému epidemie obezity, jejích společenských důsledků a probíhajících akcí veřejných politik či snah o hledání cest a nástrojů veřejné politiky v této oblasti vyžaduje paradigmatickou i metodickou kombinaci přístupů. Tomu také odpovídá nutně i zaměření této práce.

Jedním ze vstupních konceptů analýzy je model Eggera a Swinburna [1997], který je jednoduchou rovnicí, postihující vztah (ne)rovnováhy mezi energetickým příjmem a výdejem v kontextu rozhodujících faktorů, jimiž jsou jednání/chování jedince, determinované jeho biologickým a fyziologickým základem v interakci s jeho okolím (*Obr. 6.1*). Environmentální složka v tomto modelu představuje klíčový faktor, který je v praxi naplněn cestami produkčního paradigmatu (zemědělská nadvýroba, nástroje marketingu, politická rozhodnutí v oblasti zemědělské politiky, globalizace obchodu a tvorba regulačních nástrojů na ochranu spotřebitele) (*Obr. 6.2*). V rámci tohoto environmentálního paradigmatu je nutným prvotním východiskem a důkazem objektivizace vývoje obezity a nadváhy (část 6.1), následně je věnována pozornost příčinám (část 6.2) a zdravotním a ekonomickým důsledkům obezity a nadváhy (část 6.3).

6.1 JE VÝVOJ OBEZITY A NADVÁHY SKUTEČNĚ TAK ALARMUJÍCÍ?

Obezita a nadváha se ve druhé polovině minulého století staly problémem všech věkových skupin na mezinárodní úrovni. V současné době jsou k dispozici mezinárodně srovnávací údaje International Obesity Task Force (IOTF), které nám umožňují rychlý přehled o časovém vývoji a závažnosti (*Graf 6.1, Graf 6.2, Graf 6.3*). Systematické sledování tohoto vývoje s využitím statistik i výběrových šetření nám umožňuje nejen hodnotit dynamiku samotného vývoje, ale také efektivitu realizovaných opatření, jejichž cílem je odvrácení problému epidemie obezity se všemi souvisejícími důsledky.

Nárůst tělesné hmotnosti se stává nejběžnější dětskou nemocí v Evropě (*Graf 6.4, Graf 6.5*). Postihuje děti okolo šesti let věku, ale lze se s ní setkat již u tříletých

děti. Připomeňme, že nárůst obezity u dospělých, kterému je dlouhodobě věnována pozornost například na úrovni WHO, je nyní následován rapidním nárůstem u dětí.

IOTF Childhood Obesity Report May 2004 [EU childhood obesity "out of control", cit. 2006-05-15] uvádí, že od poloviny 70. let došlo k tak rapidnímu nárůstu počtu dětí s nadváhou a obezitou (*Graf 6.6*), že současný stav převyšuje odhady vytvořené v 80. letech.

Souvislost mezi obezitou u dětí a u dospělých

V analýze společenského problému dětské obezity se nelze vyhnout prolínání problematiky obezity u dětí a u dospělých, protože spolu úzce souvisejí přinejmenším v následujících bodech:

1. Zároveň s epidemií obezity v dospělé populaci probíhá i v populaci nejmladších věkových skupin (*Graf 6.7*).
2. Environmentální faktory zodpovědné za epidemií obezity působí jak na děti, tak na dospělé. Přestože by bylo možné předpokládat, že dospělí se dokáží lépe vyrovnávat s tlaky okolního prostředí (reklama, nadbytek a snadná dostupnost potravin,...), počty obézních dokazují, že tomu tak není.
3. S obezitou se často potýkají celé rodiny. Dítě, jehož rodiče trpí touto nemocí, má větší pravděpodobnost, že ho postihne také. Částečně lze poukázat na vliv genetických faktorů, ale větší význam má životní styl, který dítě přebírá od rodičů.

Dětství je doba, kdy je nejsnazší ovlivnit zdraví po zbytek života. První roky života jsou základem pro vývoj v pozdějším věku. Podpora zdraví je v tomto věku nejefektivnější. Prevence a kontrola negativních vlivů na zdraví od raného dětství pomáhá zabránit vývoji nemocí do pokročilejších fází. [The European Health Report 2005, 2005; 47]

6.2 ZDRAVOTNÍ A HOSPODÁŘSKÉ DŮSLEDKY EPIDEMIE OBEZITY

Epidemie obezity má zásadní zdravotní a hospodářské důsledky, které jsou z hlediska současného i budoucího zdravotního stavu a nákladů na zdravotní péči v

Evropské unii alarmující. Podobně jako u kouření, i důsledky obezity mají dlouhodobou latenci.

Zdravotní důsledky. Přes celkové výrazné zlepšení zdravotního stavu dětí i dospělých v evropském regionu WHO, spojené s úmrtností a prodlužováním střední délky života, stoupá v některých zemích incidence mnoha chronických nemocí [The European Health Report 2005, VII]. Nezdravá strava a nedostatek fyzické aktivity patří k hlavním příčinám nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předejít. Nárůst prevalence nadváhy a obezity je sledován v mnoha světových regionech u dětí všech věkových skupin (*Graf 6.8, Graf 6.9, Graf 6.10, Tab. 6.1*).

Zdravotní důsledky obezity

- vysoký krevní tlak
- vysoká hladina cholesterolu
- diabetes 2. typu
- ischemická choroba srdeční
- angina pectoris
- srdeční selhání
- mozková cévní příhoda
- žlučové kameny, záněty žlučníku
- dna
- zánět kloubů
- chronická obstrukční plicní nemoc
- některé typy rakoviny
- komplikované těhotenství
- špatné reprodukční zdraví žen
- močové inkontinence
- ledvinové kameny
- deprese, poruchy příjmu potravy

S obezitou souvisí řada **nemocí** (*Tab. 6.2*), jejichž rostoucí míra se stává významnou zátěží pro veřejné zdraví. Jsou jimi následující [Lang, Rayner, 2005]. Děti postižené nadváhou mají větší pravděpodobnost, že se stanou dospělými obézními, s větším rizikem kardiovaskulárních nemocí (*Tab. 6.3*), diabetu (*Tab. 6.4*) ad. Diabetes 2. typu, který byl donedávna považován za nemoc související s vyšším věkem, byl zaznamenán u dětí v několika evropských zemích, např. Velké Británii, Švédsku a Polsku. [James et al.,2002; 15]

Existuje nepopiratelný vliv obezity nejen na kvalitu života, která je nemocností snížena, ale také na jeho **délku**. Podle studie provedené ve

Spojených státech může obezita zkrátit očekávanou délku života nekuřáka až o 7 let. [Lang, Rayner, 2005; 303].

Hospodářské důsledky.

Skutečnost, že nadváha a obezita způsobují takové množství závažných nemocí, se pochopitelně odrazí i v nákladech na zdravotní péči. Odhaduje se, že 2 – 8 % nákladů

na zdravotní péči v Evropské unii připadá na obezitu a za předpokladu, že trendy vývoje obezity budou nadále rostoucí, tyto výdaje budou nadále stoupat [podle WHO, IOTF, EU].

Přestože nejsou k dispozici údaje za všechny členské státy, je jisté, že hospodářské výdaje na obezitu jsou **mimořádně vysoké**, jak dokládají následující čísla. Zelená kniha Komise Evropských společenství uvádí, že například v Anglii lze obezitě přičíst 18 milionů dnů nemocenské a 30 000 případů předčasných úmrtí, což každoročně představuje náklady na zdravotní péči ve výši 500 milionů britských liber. K tomu je nutno přičíst rozsáhlejší náklady na ekonomiku včetně nižší produktivity a ztráty výroby. Ty byly odhadnuty na další 2 miliardy britských liber za rok. „Zpráva ředitele resortu zdravotnictví Spojeného království za rok 2004 o účinku fyzické aktivity a její souvislosti se zdravím předběžně odhadla náklady na fyzickou nečinnost na 8,2 miliardy britských liber za rok (a to se týká nákladů na zdravotní péči, i rozsáhlejších nákladů na ekonomiku, jako např. pracovní dny, které byly promarněny). Irské odhady přímých nákladů na léčení za rok 2002 byly odhadnuty na 70 milionů EUR. V USA činí náklady na zdravotní péči, které lze přičítat obezitě, 75 miliard amerických dolarů. [Evropská komise, 2005; 4]

Jako varovný signál co se týká hospodářských důsledků lze chápat také to, že průměrný obézní dospělý člověk v USA způsobuje ročně o 37% vyšší náklady na zdravotní péči než člověk s normální vahou. Tyto přímé náklady nezohledňují sníženou produktivitu způsobenou nemocenskou a předčasnými úmrtími. [Evropská komise, 2005; 4].

Výsledky analýzy provedené švédským Institutem pro veřejné zdraví shrnuly, že „v EU se promarní 4,5% života převedeného na dny nemocenské (DALY) v důsledku špatné výživy, dalších 3,7% a 1,4% díky obezitě a fyzické nečinnosti, což je celkem 9,6% v porovnání s 9% v důsledku kouření“ [Evropská komise, 2005; 4].

Řešení problematiky nadváhy a obezity proto není významné pouze z pohledu veřejného zdraví, ale povede také ke **snížení dlouhodobých nákladů na zdravotní služby a ke stabilizaci ekonomik** díky tomu, že občanům umožní vést **produktivní**

život až do stáří. To je v situaci, kdy se systémy zdravotnictví a sociálního zabezpečení v České republice musejí připravit na stárnutí populace a s tím související nadstandardní finanční náklady, výzva a rozvojová příležitost.

6.3 SPOLEČENSKÉ A INDIVIDUÁLNÍ PŘÍČINY OBEZITY

V rámci úvah o návrhu účinných opatření veřejné politiky s cílem zastavit a zvrátit epidemii obezity je nutné se zabývat **determinantami** této nemoci a následně navrhnout účinná preventivní opatření v rámci **podpory zdraví**.

Příčiny obezity lze vysvětlit následujícím modelem, částečně převzatým od Eggera a Swinburna, který používá **tři skupiny faktorů** – **biologické** a **behaviorální** (individuální), a **environmentální** (společenské). Z pohledu této práce a možností veřejné politiky jsou nejvýznamnější příčiny environmentálního charakteru.

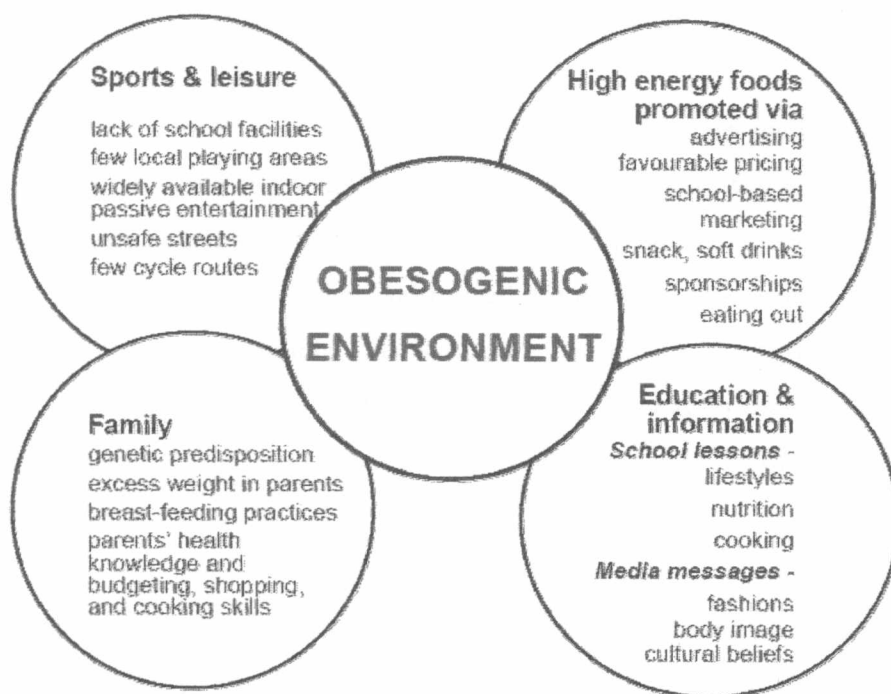
- **Biologické faktory**, které mohou ovlivnit množství tělesného tuku, zahrnují věk, pohlaví, hormonální a genetické vlivy [Egger a Swinburn, 1997]. Přestože mohou ovlivnit váhový přírůstek u některých jedinců, nelze jimi vysvětlit současný nárůst počtu obézních dětí, mající charakter epidemie - počet rapidně stoupl během jedné generace, stoupl ve většinové populaci (nezatížené riziky) a je vyšší u socioekonomických skupin s nižšími příjmy. Riziko obezity stoupá také v případě, kdy má alespoň jeden z rodičů nadváhu. [James et al., 2002; 15]

- Další skupinou jsou **faktory behaviorální**, z nichž typicky přikládáné ke vzniku obezity jsou „lenost“ a „nenasytnost“. Chování je však výsledkem komplexu psychologických faktorů, které zahrnují zvyky, emoce, postoje, víry a poznání vyvinuté v průběhu historie učení. Biologické a environmentální vlivy významně působí na chování a tím i na energetickou rovnováhu. Příčiny a důsledky behaviorálních faktorů by měly být součástí celkové strategie zvládnutí epidemie obesity. [Egger a Swinburn, 1997]

- **Environmentální (společenské) faktory**, tedy životní prostředí, může

být rozděleno na „makro“ (širší populace) a „mikro“ (těsná blízkost k individu). Makro-prostředí determinuje prevalenci obezity v populaci a mikro-prostředí společně s biologickými a behaviorálními vlivy určuje, jestli je jedinec obézní. Výzkum environmentálních vlivů působící na to, jaké množství a druh jídla jedinec sní, a na fyzickou aktivitu, je pro tvorbu efektivních veřejných politik stěžejní. [Egger a Swinburn, 1997]

Obr. 6.3: Environmentální faktory přispívající k obezitě



[Zdroj: James et al., 2002; 18]

Společenské faktory přispívající k obezitě se vyvíjely dlouhodobě po několik desetiletí a jimi zapříčiněné změny v životním stylu (změna stravování a snížená fyzická aktivita) jsou důsledkem industrializace, urbanizace, ekonomického rozvoje, zefektivnění technologií a globalizace trhů.

Po druhé světové válce se zemědělské politiky zaměřily na rostoucí produkci klíčových komodit, což bylo reakcí na nedostatek během války. Potravinové společnosti a zemědělci byli podporováni ve výrobě většího množství produktů s tím cílem, aby byly potraviny dostupné spotřebitelům. Do tohoto průmyslu se zapojila další odvětví,

např. dopravci, media nebo reklamní společnosti, které mají zájem na udržení této úrovně.

Potravinový sektor je největším evropským odvětvím a jeho produkce se odhaduje na 572 mld.€. S 11,5% zaměstnanců je třetím největším zaměstnavatelem v EU [Lang, Rayner, 2005]. Ekonomické subjekty mají zájem o maximalizaci zisku a pomocí marketingových strategií dosahují zvýšené spotřeby potravin. To však přispívá k nadměrné spotřebě energie a tím i k podpoře epidemie obezity.

Paradoxní je, že i přesto, že je na území Evropské unie nadbytek potravin, neustále jsou poskytovány zemědělcům dotace na produkci potravin (*Tab. 6.5*). Společná zemědělská politika (CAP) však spotřebovala díky dotacím největší náklady v EU během několika desetiletí. V roce 2000 dosáhly poloviny celkového rozpočtu EU. Dochází k nadvýrobě kalorií, jejichž produkce se v původních 15 zemích EU od roku 1961, kdy tvořila 2984 na osobu za den, zvýšila na 3505 v roce 2001, tedy nárůst o 17%. Také se změnilo složení potravy směrem k větší konzumaci živočišných výrobků. [Lang, Rayner, 2005]

Současné produkční paradigma v potravinové a zemědělské politice je založeno na produkci velkého množství potravin za cenu vysokých nákladů (již zmíněné dotace), dovoluje producentům a dalším zainteresovaným stranám ovládat systém produkce a distribuce potravin a podporuje jejich vysokou spotřebu. Susan Robertsová [Roberts, cit. 2006-05-15] z Jefferson Agricultural Institute v USA předkládá následující rovnici, která vyjadřuje, že veřejná politika jen obtížně vyřeší problém obezity, nedojde-li ke změnám v zemědělské politice a snížení nadprodukce:

Zemědělská politika = potravinová politika = zdravotní politika

„Hospodářský růst a zlepšování kvality bydlení a hygieny s sebou přinesly epidemiologický přechod od infekčních k chronickým nemocem [...]. Spolu s tím proběhla i nutriční změna, během níž se stravovací návyky, zejména v západní Evropě, změnilo směrem k nadměrné spotřebě energeticky hutných tuků a cukrů, což vedlo ke zvýšenému výskytu obezity. [...] Ze světového obchodu s potravinami se stal velký

byznys. Všeobecná dohoda o clech obchodu (GATT) a Společná zemědělská politika (CAP) Evropské unie umožňují, aby síly globalizovaného trhu ovlivňovaly dodávky potravin. V mezinárodních výborech, jako je např. Codex Alimentarius, které stanovují kvalitu potravin a bezpečnostní standardy, nejsou zastoupeni odborníci reprezentující veřejné zdravotnictví a zájmy potravinářského průmyslu jsou tak příliš silné.“ [Wilkinson, Marmot, 2005; 41-42]

Zásobování potravinami je kontrolováno silami globálního trhu a proto je zdravá výživa politickým problémem, nejen problémem jednotlivce. Její řešení je společenskou odpovědností. Pouze společnost, nikoli jedinec, může ovlivnit, jestli je dostatek bezpečných a dostupných míst, kde si mohou děti hrát, jestli mají ve škole přístup ke zdravým potravinám a dostatku pohybu atd. Děti jsou vystaveny intenzivním environmentálním vlivům, které zvyšují riziko vzniku obezity

Pokud je makro-prostředí „obezogenní“, zvýší se prevalence obezity a lze očekávat, že programy ovlivňující chování jedince budou mít jen omezený efekt. Redukce úrovně obezity v populaci je nereálná, dokud se nezmění prostředí, které ji podporuje. [James et al., 2002] Pokroky ve výzkumu samotné obezity mohou mít vliv na léčbu na individuální úrovni. Ve výzkumu „obezogenního“ prostředí jsou však nedostatky a bez jeho změny jsou léčebné programy neefektivní.

Dochází proto k výzkumům na úrovni WHO i dalších organizací a je zřejmé, že základní environmentální příčiny epidemie nadváhy a obezity, které jsou důsledkem společenského vývoje, jsou dvojí (*Obr. 6.4*):

1. Vzdávající nadbytek energetických potravin a nápojů, které podporují **zvýšenou konzumaci kalorií a všudypřítomnou spotřebu**. Cílem potravinového průmyslu je udržet a případně zvýšit současnou úroveň spotřeby produktů, které jsou ale významným předpokladem pro vznik obezity.
2. Systematický veřejný a komerční rozvoj, který omezuje příležitosti k fyzické aktivitě, vede k sedavému trávení většiny času. Došlo k dramatickému **úbytku pohybu** docházením nebo jízdou na kole do školy, pohyb ve školách je omezen na hodiny tělocviku, volný čas děti tráví u televize nebo u počítače.

Tyto příčiny souvisejí s vlivy z okolí, které působí na vznik stravovacích a pohybových zvyklostí dítěte:

a. Vlivy rodičů, pečovatelů a jiných dospělých osob.

Působení rodičů na dítě má velký význam, protože rodina, kde dochází k primární socializaci, je nejpřirozenějším prostředím, ve kterém se dítě může naučit odpovědnému přístupu k výživě a ke zdraví. (Vlivem rodičů na vznik obezity se v zahraniční literatuře zabývá například monografické číslo odborného periodika *The Future of Children*, v české literatuře pak Petr Fořt, odborník na fyziologii a dietologii.)

b. Sociální vlivy a podněty z vnějšího prostředí. Jelikož se jedná o širokou skupinu podnětů, uvedu pouze některé nejtypičtější příklady. Do této kategorie lze zařadit například **urbanistické řešení sídel** z pohledu celkové dopravní politiky WHO [The European Health Report 2005, 2005] uvádí, že došlo k dramatickému úbytku docházení a dojíždění na kole do škol, protože to není považováno za bezpečný způsob dopravy. Bezpečnost vnějšího prostředí, velký provoz aut, absence cyklostezek a chodníků omezuje spontánní venkovní pohybové aktivity. Bezpečnost cyklistické dopravy se liší v různých evropských zemích. Existují studie o prospěchu pěší a cyklistické dopravy na zdraví, budování cyklostezek a chodníků by se proto odrazilo ve zdravotním stavu populace, menším znečištění měst a tím i v nižších nákladech na zdravotní péči.

Jednou ze změn, které se projevují na vzrůstajících mírách obezity je skutečnost, že stravování se přesouvá z **domova do veřejných stravovacích zařízení** a celkově stoupá konzumace průmyslově vyráběných potravin. Příkladem souvisejícím s dětskou obezitou mohou být restaurace typu fast food, které představují relativně nový typ stravování v Evropském prostoru. Poskytují potraviny nízké nutriční hodnoty, jejichž negativní vliv na zdraví je prokazatelný. Pro děti a adolescenty je však stravování v restauraci tohoto typu otázkou mající společenský a kulturní význam (návštěva s vrstevníky) a zároveň běžnou součástí života. Nejmladší návštěvníky se snaží nalákat reklamou a prostředím, které je malým dětem blízké. [The European Health Report 2005, 2005; Fořt, 2004]

S environmentálními vlivy se děti setkávají denně i ve školním prostředí. Problematické se ukazuje nyní již běžné vybavení škol ve formě potravinových a nápojových automatů. Děti nemají možnost zakoupit v nich žádné potraviny prospěšné zdraví. Dalším negativním vlivem ve školním prostředí je, že jídla podávaná ve školních jídelnách nepředstavují vyvážený způsob stravování [Fořt, 2004 ; James et al., 2002; 11]. Diskutuje se i finanční podpora například školních sportovních aktivit společnostmi vyrábějícími sladké potraviny a nápoje [Hawkes, 2004].

Potravinový průmysl využívá pro propagaci svých produktů reklamu. Potraviny zaměřené na děti jsou obvykle bohaté na tuky, cukry a mají nízkou nutriční hodnotu. V souvislosti s epidemií obezity

někteří odborníci navrhuji omezení a regulaci reklamy zaměřené na děti, protože ta činí rozhodování pro zdravé potraviny obtížnější.

Pro pochopení epidemie obezity jako komplexního společenského problému je nutné zdůraznit, že se jedná o téma související s ekonomikou globálních trhů. Ty mají dopad na veřejné zdraví, protože nelze přehlédnout roli producentů, dopravců, distributorů a dalších zainteresovaných stran, které mají zájem na tom, aby byla spotřeba stále co nejvyšší.

Environmentální model ukazuje, že rostoucí prevalence obezity je způsobena prostředím spíše než metabolickými defekty nebo genetickou mutací. Chápe **obezitu jako normální fyziologii uprostřed patologického prostředí**. [Egger, Swinburn, 1997]

Rozvoj poznání kauzálních vztahů individuálních a společenských příčin obezity otevírá nové možnosti přístupů k veřejnému zdraví a podpoře zdraví s cílem efektivnější kontroly vývoje chronických nemocí, u nichž je obezita jedním z významných rizikových faktorů.

Řešení spočívá v mnohaúrovňové intervenci, která má za cíl dosáhnout dvou zdánlivě jednoduchých **cílů** – zvýšit úroveň fyzické aktivity a současný vysoce kalorický a nezdravý způsob stravování změnit na způsob podporující dobrý zdravotní stav. Jejich účinným prosazením by nebyla pouze redukce obezity, ale obecné zlepšení zdravotního stavu.

Fyzická aktivita je totiž pravděpodobně jednou z nejefektivnějších cest k řešení mnoha problémů zdravotního stavu obyvatel. Redukuje nejen riziko obezity, ale i kardiovaskulárních onemocnění a diabetu 2. typu. Zlepšuje tělesnou koordinaci, rovnováhu a kondici, přispívá k psychické pohodě. [The European Health Report, 2005; 37]

Stejně tak **změna stravování**, například zařazení většího množství ovoce a zeleniny do každodenního jídelníčku, by přinesla velké množství pozitivních efektů. Vedle prevence a léčby obezity se jedná například o prevenci onemocnění srdečních

tepen a nejčastějších typů rakoviny (stravování je hlavní ovlivnitelná determinanta ovlivňující riziko rakoviny u lidí nekuřáků). [tamtéž]

6.4 ANALÝZA VYBRANÝCH UDÁLOSTÍ TVORBY VEŘEJNÝCH POLITIK ŘEŠÍCÍCH PROBLÉM OBEZITY A NADVÁHY

S obezitou související zdravotní a hospodářské důsledky jsou výzvou k tvorbě a realizaci efektivních politických opatření. Jde o významný společenský problém, jehož řešení není možné bez koordinovaného úsilí zúčastněných aktérů a využití řady nových poznatků, včetně schopnosti predikce dalšího vývoje v oblastech výroby, genových modifikací, veřejného zdraví a veřejných politik. Významný podíl příčin tohoto problému se soustřeďuje do oblasti výroby a prodeje potravin, souvisí s potravinářskou politikou, politickými rozhodnutími v oblasti dotací do zemědělství, možnostmi restrukturalizace zemědělství. Vazby na obchod představují globalizaci tohoto problému a tedy i nutnost globálního přístupu k jeho řešení, kooperaci aktérů na globální úrovni. Efektivita řešení problému tak nutně závisí na potenciálu strategického vládnutí, na úspěšnosti koordinace komplikovaných vertikálních a horizontálních vazeb. Problém epidemie obesity se tak stal vážnou výzvou i pro Evropskou unii a nepochybně je testem jejího potenciálu k řešení společenských problémů, které přesahují rámec samotné ekonomické integrace. Na vznik epidemie obesity lze ovšem také pohlížet jako na případ selhání souvisejících veřejných politik a strategického vládnutí. Epidemie obesity již trvá ve vyspělých státech několik desítek let a má bohužel zatím vzestupný trend.

Díky souvislému a dlouhodobému úsilí četných nadnárodních alarmujících aktivit (WHO, IOTF) je sice obezita vnímána stále více jako závažný společenský problém, avšak tvorba a realizace odpovídajících politik se dostává ve vyspělých státech do střetu se silnými zájmy v oblasti výroby potravin, dotačních programů v oblasti zemědělské politiky (lobby). V současnosti jsme také svědky reflexe těchto problémů v oblasti výzkumu [Lang, Heasman, 2004; Lang, Rayner, 2005]. Významným východiskem je zjevně diskuse dosud dominantního postavení **produkčního paradigmatu** [Lang, Heasman, 2004]. IOTF vyzývá Evropskou unii, aby se sjednotila

ke společné akci a vyvinula koordinovaný přístup, který by se dokázal vyrovnat s nátlakem soukromého sektoru zaměřeného především na zisk [EU childhood obesity "out of control, 2004]. Je proto otázkou, jak se podaří prostřednictvím stávajících demokratických procesů otevřít efektivní veřejnou komunikaci o zdravotních, společenských a hospodářských důsledcích epidemie obesity a nadváhy a jaké nástroje budou cestou politických rozhodnutí na více úrovních akceptovány.

Výběr událostí a procesů veřejných politik, zaměřených na problémy související s obesity a nadváhou, se v této práci soustřeďuje především na strategicky významné aktéry, jimiž jsou Spojené národy, Světová zdravotnická organizace, ISAO, Evropská unie, mezinárodně realizovaný a diskutovaný výzkum, včetně jeho priorit. Příklady na úrovni jednotlivých států jsou omezeny na ty, které jsou aktivními tvůrci programů, které jsou schopni realizovat v praxi.

Epidemie obezity je ovlivněna mnoha oblastmi společenského života. Ukazuje se, že podmínkou úspěšných opatření, navrhovaných v souvislosti se snahou o zastavení a odvrácení této epidemie jsou cesty konkrétních opatření ve všech souvisejících oblastech a veřejných politikách [Lang, Rayner, 2005] (*Tab. 6.6*).

REAKCE VEŘEJNÝCH POLITIK NA SPOLEČENSKÝ PROBLÉM OBEZITY

Veřejná politika má možnosti pomocí vhodných **nástrojů usměrňovat ty oblasti společenského a hospodářského života**, které se podílejí na vzniku obezity. Vzhledem k provázanosti evropských trhů s potravinami a rozvíjejícím se možnostem veřejné politiky na úrovni EU se práce zaměřuje zejména **na procesy tvorby politik na evropské úrovni**. Jde o oblast disciplíny a praxe veřejného zdraví a o politické procesy v rámci EU. Reprezentanti veřejného zdraví totiž sehrávají na úrovni EU v posledních letech významnou roli a jsou aktivními účastníky tvorby politiky.

Evropský **přístup k veřejnému zdraví** již absolvoval z historického hlediska dlouhodobý vývoj v návaznosti na potřeby řešení společenských problémů, týkajících se zdravotního stavu obyvatel. Veřejné zdraví se jako obor profilovalo od 19. století.

Silnými impulsy byly procesy průmyslové revoluce a s nimi související rozvoj urbanizace, což vedlo především k nutnosti zvládnout zátěž nemocemi, které byly podmíněny těmito novými procesy (Londýn, Paříž, Berlín).

Podpora a ochrana veřejného zdraví daly postupně vzniknout specifickým organizacím – ministerstvům, místním vládám, zdravotním službám a službám spojeným se životním prostředím [Lang, Rayner, 2005; 315]. Byla spojena s životním prostředím a infrastrukturou příznivou pro zdraví (bydlení, hygiena). Tato klasická koncepce řadila veřejné zdraví mezi klíčové funkce státu, tedy mezi obranu, vzdělání, právní systém a občanský pořádek.

Ve vývoji zdravotního stavu však postupně nabyly na významu **nové faktory** (*Graf 6.11*) – nadprodukce potravin, spotřeba tabáku, omezení fyzického pohybu, prohlubování sociálních a ekonomických faktorů (chudoba, nerovnosti, sociální vyloučení). Novou výzvou se tak staly především chronické nemoci (*Tab. 6.7*), označované mnohdy jako nemoci civilizační. Oblast veřejného zdraví nebyla na konfrontaci s nově vzniklými skutečnostmi dostatečně připravená a zejména ve státech střední a východní Evropy tak došlo v porovnání s vyspělými státy Evropy ke vzniku rozdílů ve zdravotním stavu a parametrech úmrtnosti (*health gaps*).

V roce 1986 byla po předchozím rozvoji poznání a demokratické diskusi těchto poznatků v kontextu existujících problémů na mezinárodním fóru přijata **Ottawská charta**, která formulovala obecný model podpory zdraví (jedná se spíše o globální než výhradně evropskou úroveň). Vznikla tak nová disciplína – **podpora zdraví**. Ve zdravotnictví tak došlo k paradigmatickému posunu od individuálně zaměřené medicíny (zdravotnických služeb) k přístupu, zaměřenému populačně a na kontrolu determinant zdraví (prevence, vzdělávání ke zdraví, orientace na mimo zdravotnické faktory v rámci jiných veřejných politik).

Související poznatky a nástroje, umožňující další zlepšování zdravotního stavu a jeho determinant, jsou i nadále celostně zastřešeny disciplínou, označovanou v zahraničí jako *public health* (veřejné zdraví). Tato zásadní obsahová proměna veřejného zdraví na

rozdíl od jeho klasického zaměření v době svého vzniku (průmyslové revoluce) je často vyjadřována označením „new public health“. Pozornost je nyní více věnována diskusím na téma jaké jsou naše možnosti zvládnání **determinant chronických nemocí** a tedy také obezity a s ní spojených dalších nemocí. Zdravotní důsledky obezity a nadváhy jsou všeobecně považovány za odvrátitelné.

Na úrovni EU je věnována ze strany odborníků z oblasti veřejného zdraví dlouhodobá a systematická pozornost rozvoji této disciplíny a jejímu propojení s ostatními veřejnými a sociálními politikami, neboť zdraví je stále více chápáno nejenom jako výsledek působení individuálně zaměřené medicíny, ale jako výslednice působení celé řady dalších determinant.

V roce 1992 byla přijata **Maastrichtská dohoda**, jejíž **článek 129** uvádí, že podpora zdraví by měla být na vysoké úrovni a měla by se stát součástí ostatních politik Společenství. Veřejné zdraví a podpora zdraví se tak ocitli v rámci EU v jiné rovině pozornosti než samotné zdravotnické služby a tyto aktivity jsou i předmětem zdravotní politiky na úrovni EU, nikoliv jenom na úrovni jednotlivých států. V případě veřejného zdraví nejde jen o uplatnění principu subsidiarity, ale je zřejmé, že je nutné úsilí v této oblasti integrovat. Vývoj zdravotního stavu a jeho determinant se ukazuje jako globální problém, na který je efektivní reagovat odpovídajícími strategickými nástroji vládnutí na nadnárodní a globální úrovni.

Amsterdamská smlouva z roku 1996 klade na zdraví ještě silnější důraz. **Článek 156** rozšířil kompetence EU směrem vyšší politické integrace této dimenze. Výsledkem je pokrok ve společných akcích v zájmu zvýšení veřejného zdraví, prevence nemocí a zabránění zdrojům nebezpečí pro lidské zdraví [Rayner, Rayner, 2003]. Naléhavost takového postupu byla potvrzena i novými zkušenostmi s riziky typu SARS, BSE, H5N1.

V současné době, kdy dochází ke globalizaci téměř ve všech oblastech společenského života, vyžaduje i řešení epidemie obezity účast všech úrovní vládnutí (od globální (*Tab. 6.8*) až po regionální), představovaných specifickými orgány s různými možnostmi ovlivnit veřejné zdraví [Lang, Rayner, 2005; 318]. Protože se tyto

úrovně navzájem ovlivňují a spolupracují, nelze je při analýze událostí veřejných politik na úrovni Evropské unie striktně oddělit. Z hlediska fází politického cyklu se tvorba veřejných politik na úrovni EU nachází zejména ve fázi výzkumu a tvorby koncepčních návrhů politických opatření. Projednávají se možná řešení a způsoby jejich implementace.

Z organizací působících na globální úrovni výrazně ovlivňuje tvorbu evropské veřejné politiky **Světová zdravotnická organizace (WHO)**. Ta je dlouhodobě významným aktérem podpory zdraví. WHO se stala významným demokratickým fórem pro výměnu poznatků a diskusí východisek tvorby zdravotní politiky. WHO získala za 50 let svého působení významné postavení, které se jí podařilo v 90. letech obhájit díky celé řadě aktivních přístupů a inovací. Jako jedna z prvních začala WHO upozorňovat na alarmující nárůst počtu obézních a dlouhodobě se věnuje sběru a analýze informací týkajících se této epidemie. Ty jsou nezbytným předpokladem pro tvorbu *evidence – based policy*. Organizuje a svými poznatky podporuje celou řadu programů a projektů. I když tedy přímo neparticipuje na tvorbě právních norem, významně ovlivňuje vývoj politických rozhodnutí.

K významným dokumentům, vydávaným WHO, jsou její roční zprávy (WHO Reports), rozšířené nyní i o samostatnou Evropskou řadu. Např. **European Health Report 2005** soustřeďuje pozornost na děti a na nebezpečí, které pro budoucí zdravotní stav v Evropském regionu představují chronické nemoci, mezi nimi i obezita. Analyzuje současný zdravotní stav dětí a do procesu tvorby veřejné politiky zasahuje **tvorbou konkrétních doporučení**. Navrhuje vyvinout multisektorální strategie vedoucí ke zvýšení dostupnosti vhodných potravin, redukci závislosti na motorizované dopravě, zvýšení přístupu k rekreačnímu vybavení a široké dostupnosti snadno pochopitelných, relevantních, konzistentních informací o zdraví. Intervence ve školním prostředí jsou navrhovány současně se změnami v sociálním a kulturním kontextu. Zdravotní a vzdělávací systémy, rodiče, potravinový průmysl, hromadná média, architekti urbanistických řešení a politici na všech úrovních jsou vyzýváni ke koordinaci aktivit. [The European Health Report 2005, 2005; 64].

Dalším aktérem s možnostmi (nelegislativně) ovlivňovat tvorbu politik je **The International Association for the Study of Obesity (IASO)**², jejíž součástí je i další významný aktér, **International Obesity TaskForce**³. IASO reprezentuje 10 tisíc lékařů, vědců a profesionálů ve zdravotnictví a jedná s mnoha dalšími zainteresovanými stranami, včetně tvůrců politik. Spolupracuje s WHO a dalšími nevládními organizacemi, jako je International Diabetes Foundation, World Heart Federation, International Union of Nutritional Sciences, International Paediatric Association a International Federation for the Surgery of Obesity.

Cílem IASO je zlepšovat zdraví světových populací tím, že podporuje výzkum obezity a nemocí souvisejících s váhou a vývoj efektivních politik pro jejich prevenci a kontrolu. Rozvíjí poznání, jak dosáhnout a udržet si zdravou tělesnou váhu. Zapojuje do řešení profesionály z oblasti zdravotnictví, organizace spojené se zdravím, vlády a mezinárodní společnosti. Stejně jako v případě WHO se jedná o poradní orgán. Jeho nepřehlédnutelný význam však spočívá ve výzkumu a tvorbě odborných doporučení.

IOTF ve své zprávě IOTF Childhood Obesity Report May 2004 [EU Childhood obesity "out of control", 2004] upozorňuje, že převaha „obezogenního“ prostředí způsobí neúspěch všech pokusů o léčbu nadváhy a obezity a vyzývá tvůrce politik k vyvinutí důrazných politických opatření k zastavení narůstajícího problému. Uvádí, že intervence na úrovni rodiny a školního prostředí musejí být doprovázeny změnami společenského a kulturního kontextu. Podobně jako WHO požaduje koordinovanou snahu všech aktérů veřejné politiky na všech úrovních. Zapojit se mají i pracovníci ve zdravotnictví, učitelé, producenti a zpracovatelé potravin, dodavatelé, pracovníci stravovacích zařízení, aktéři v oblasti reklamy a médií, architekti a územní plánovači, politici a další [EU Childhood obesity "out of control", 2004; 4].

Práce těchto organizací globálního významu se v současnosti čím dál více prolíná s akcemi samotné Evropské unie. Její zájem o zdraví se rozvíjí pozvolna a obvykle v návaznosti na nějakou krizi. Nejinak je tomu i v případě obezity, kdy se příslušná opatření začínají tvořit, až když je zřejmé, že její epidemie se přirozenými mechanismy nezastaví.

² <http://www.iaso.org/>

³ <http://www.iotf.org/>

Pro aktivní tvorbu politiky podpory zdraví a rozvoj nástrojů veřejného zdraví neměly Maastrichtská a Amsterdamská smlouva tak zásadní vliv. Takový rozvojový záměr byl formulován v **návrhu Evropské ústavy**. Komisař pro zdraví a ochranu spotřebitele David Byrne v roce 2003 uvedl, že Evropská ústava by měla mít tři formální kompetence týkající se zdraví. První je podpora tvorby a rozvoje efektivních strategií pro veřejné zdraví, druhá pořizování a zpracovávání dat a jejich analýzy na celoevropské úrovni. Třetí spočívá v podpoře informovanosti spotřebitele (označování potravin). V konfrontaci s epidemií obezity, diskusemi tohoto rizika po roce 2000 vystupuje naléhavost dalšího posunu od léčby nemocí k aktivní podpoře zdraví [Lang, Rayner, 2005; 317]. Pozastavení projednávání evropské ústavy ztížilo situaci aktérů prosazujících posun od hodnot produkčního paradigmatu, protože se zpomalil proces politické integrace.

Na základě rozhodnutí Evropské rady⁴ došlo k významnějšímu posunu v oblasti podpory zdraví v roce 2002. Na zlepšení rozvoje podpory zdraví formou programů má být během pěti let uvolněno 312 milionů Eur. Tento krok může také kompenzovat stále vysoké dotace do zemědělství.

V letech 2002 a 2003 byly provedeny studie, které uvedly, nakolik největší evropští producenti produkují potraviny, které jsou méně než zdravé, čímž se hrozba obezity stala pro Evropu skutečně živoucí. Na základě doporučení orgánů EU dochází k postupnému začleňování a podpoře nízkotučných a "zdravých" produktů na trh s potravinami. Některá odvětví, například zemědělci, producenti vysoce energetických potravin a slazených nápojů, však opatření přijímají neochotně a pokoušejí se prostřednictvím nátlaku na tvůrce veřejných politik blokovat změny na trhu s potravinami. [Lang, Rayner, 2005] Změna ve struktuře výroby by se však mohla stát například pro zemědělce rozvojovou příležitostí, kdyby byli ochotni se přeorientovat z produkce potravin, kterých je nadbytek (a přesto jsou dotovány), na pěstování surovin pro výrobu ekologických paliv.

Zatím zřejmě nejvýznamnější krok v procesu tvorby veřejných politik zabývajících se problémem obezity byl učiněn v roce 2005 Komisí Evropských společenství vydáním

⁴ Na úrovni orgánů Evropské unie jsou v tvorbě politik týkajících se problému obezity aktivní zejména Rada a Komise. Evropský Parlament zastupuje spíše názory a zájmy potravinového průmyslu.

Zelené knihy⁵ s názvem „**Prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity: evropský rozměr prevence nadváhy, obezity a chronických chorob**“. Tím Evropská unie učinila další krok v procesu tvorby politických opatření.

Navrhuje akce směřující k řešení společenského problému obezity v hlavních oblastech s obezitou souvisejícími. Jedná se o informace spotřebitelům, reklamu a uvádění na trh; osvětu spotřebitelů; důraz na děti a mladé lidi; dostupnost potravin, fyzická aktivita a zdravotní osvěta na pracovišti; začleňování prevence nadváhy, obezity a jejich léčby do zdravotnických služeb; působit v prostředí, kde se vyskytuje obezita; ovlivňovat socioekonomické nerovnosti; podporovat integrovaný a všestranný přístup k prosazování zdravé stravy a fyzické aktivity; poskytovat doporučení ohledně příjmu výživy a vypracování pokynů v oblasti stravování, spolupráce mimo Evropskou unii [Evropská komise, 2005; 7-12].

Komise vyzývá ke spolupráci veřejnost, takže k problému mají možnost se vyjádřit i nezávislí odborníci a instituce v oblasti stravování a životního stylu, ale i široká laická veřejnost.

Tento dokument vymezuje **konkrétní nástroje**, jimiž má být dosaženo pokroku v boji proti epidemii obezity:

- Jedním z nástrojů je **Evropská platforma pro akce týkající se stravy, fyzické činnosti a zdraví** (EU Platform on Diet, Physical Activity and Health), která byla založena v březnu 2005 za účelem zřízení společného fóra. Jejím cílem je podnítit podniky, občanskou společnost a soukromý sektor k dobrovolným akcím. Sdružuje všechny významné subjekty aktivní na evropské úrovni, které jsou ochotny přijmout pevné a dokazatelné závazky zaměřené na zastavení a zvrácení trendů v oblasti obezity a nadváhy. Mezi její členy patří hlavní představitelé na úrovni Evropské unie z řad potravinářského, stravovacího, reklamního průmyslu, maloobchodu, organizací spotřebitelů a nevládních zdravotnických organizací. Evropská platforma by měla být příkladem koordinované samostatné akce různých částí společnosti, povzbudit iniciativy na národní, regionální i místní úrovni. Komise považuje platformu za nejnadějnější prostředek akcí nelegislativní povahy. Hodnocení je ze strany Zelené knihy pozitivní: „zapojení ostatních politik Společenství je silné, členové platformy plánují v roce 2006 dalekosáhlé závazky a společné setkání se zainteresovanými subjekty v USA přispěje k výměně osvědčené praxe.“ [Evropská komise, 2005, 6; Lobstein et al., 2005].
- Dalším nástrojem je **Evropská síť pro výživu a fyzickou aktivitu** (European Network on Nutrition and Physical Activity). Tvoří ji šest odborníků jmenovaných členskými státy, WHO, nevládními zdravotními organizacemi a organizacemi spotřebitelů. Byla zřízena v roce 2003 útvary Komise, aby Komisi poskytovala poradenství ohledně vývoje aktivit Společenství za

⁵ http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf - plná verze Zelené knihy

účelem zlepšení výživy, snížení a předcházení chorob souvisejících se stravou, prosazování fyzické aktivity a boji proti nadváze a obezitě [Evropská komise, 2005].

- Prevence nadváhy a obezity předpokládá integrovaný přístup k péči o zdraví, který slučuje prosazování zdravého životního stylu s akcemi zaměřenými na řešení socioekonomických nerovností a fyzického prostředí, a závazek sledovat cíle týkající se ochrany zdraví v dalších politikách Společenství (např. zemědělství, vzdělání, sportu, podnikání, rybolovu, sociální politiky, politiky vnitřního trhu, životního prostředí, audiovizuální politiky) – nástrojem je tedy **zdraví jako součást politik Evropské unie**. Zásadní návrhy dalších útvarů Komise se konzultují s generálním ředitelstvím pro zdraví a ochranu spotřebitele [Evropská komise, 2005].
- **Akční program veřejného zdraví** podporuje činnosti zaměřené na shromažďování údajů o epidemiologii obezity a o otázkách souvisejících s chováním. Zavádí srovnatelný soubor ukazatelů zdravotního stavu, tedy i příjmu potravy, fyzické aktivity a obezity. Podporuje celoevropské projekty a studie zaměřené na prosazování zdravých stravovacích návyků a fyzické aktivity, odpovědného přístupu k životnímu stylu, úvahám o životním prostředí a socioekonomických ukazatelích [Evropská komise, 2005].
- **Evropský úřad pro bezpečnost potravin** může poskytnout podporu navrhovaným akcím v oblasti výživy prostřednictvím vědeckého poradenství [Evropská komise, 2005].

V rámci evropských veřejných politik podpory zdraví je vedle nadnárodních aktivit důležitý také aktivní přístup jednotlivých členských států. Dochází dokonce již k prosazování konkrétních politických opatření a praktické realizaci politik. Zřejmě nejintenzivněji se zabývá na národní úrovni obezitou Velká Británie, kde stoupající prevalence obezity poukazuje na opravdu kritický stav. Iniciativy určené k prosazování zdravé výživy a fyzické aktivity jsou zahajovány i v dalších státech. Například Irsko a Španělsko vytvořily takové národní strategie, podle nichž se na prosazování zdravější stravy a fyzické aktivity se má podílet veřejná správa, nezávislí odborníci, odvětví týkající se fyzické aktivity, potravinářský průmysl, nevládní organizace a další aktéři. Francie zahájila v roce 2001 Národní plán zdravé výživy obsahující širokou řadu opatření na meziodvětvové úrovni, jehož cílem bylo snížit výskyt nadváhy a obezity. Slovinský parlament schválil v roce 2005 Národní plán politiky týkající se výživy v letech 2005 – 2010. Nizozemsko zahrnuje obezitu mezi priority preventivní politiky péče o národní zdraví. Německo založilo národní platformu pro výživu a fyzickou aktivitu. [Evropská komise, 2005]

V České republice i přes nárůst počtu obézních dětí i dospělých (*Tab. 6.9*) není zatím vyvíjena žádná konkrétní adresná strategie pro potlačení epidemie obezity. Skutečnost je taková, že více než polovina české populace nespĺňuje doporučovanou úroveň pohybové aktivity, což přispívá ke vzniku mnoha chronických neinfekčních

onemocnění, mezi něž patří i obezita. Ty postihují značný podíl lidí produktivního věku a jsou častou příčinou dlouhodobé pracovní neschopnosti. Ani přesto však nebyl zatím sestaven žádný adresný akční plán týkající se přímo nadváhy a obezity. Jisté náznaky uvědomění si problému lze spatřovat například v některých dokumentech Ministerstva zdravotnictví a programech pro podporu zdraví, ale vzhledem ke stoupajícímu počtu obézních je nutné tento akutní problém, jenž může mít dalekosáhlé a dlouhodobé důsledky, co nejrychleji řešit. Jak bylo řečeno v jedné z předcházejících částí, obezita u dětí se často přenesení i do dospělého věku, kdy se zásadně zvyšuje riziko vzniku chronických onemocnění. Ty následně způsobují vysoké náklady na zdravotní péči a mohou se projevit i v nákladech na oblast sociálního zabezpečení.

Propojenost oblasti veřejného zdraví a tvorby veřejných politik se ukazuje i na národní úrovni. I zde se projevuje vliv WHO. Hlavním dokumentem, který se úrovni České republiky systematicky věnuje zdravotnímu stavu obyvatel, je program Zdraví 21, který byl sestaven na základě programu světové zdravotnické organizace. Je to „rozsáhlý soubor aktivit zaměřený na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva“ [Zdraví 21, 2003; 3] Budoucí vývoj zdraví obyvatel České republiky nebyl zatím podle této knihy soustavně vědecky zkoumán. Přitom cílený výzkum a sledování zdravotního stavu jsou podle doporučení WHO a IOTF jedním z prvních kroků procesu tvorby efektivních veřejných politik v boji proti epidemii obezity. I přes nedostatek informací podložených výzkumem se předpokládá, že některé nepříznivé determinanty (mezi nimi i nevyvážená výživa a nedostatek pohybu) budou ovlivňovat zdraví v příštích deseti letech podobně jako dosud. Prostředkem k dosažení výrazného snížení úmrtnosti je prevence příčin a rizik nemocí.

Program uznává, že snížení tělesné aktivity a nezdravé stravovací návyky vedou k vyššímu počtu obézních i mezi mladými lidmi, u nichž obezita mnohdy přetrvává do dospělosti. Předpokládá tedy dosažení cílů i v oblastech souvisejících s dětskou obezitou. 4. cíl programu je nazván Zdraví mladých. Dětství a dospívání vymezuje jako důležité životní etapy, ve kterých jedinec prochází zásadním tělesným a duševním vývojem a získává sociální a zdravotní návyky, které si pak uchovává po celý život. Proto je problém, že v současnosti chybí dostatečná nabídka sportovních a

tělovýchovných aktivit pro děti mimo výkonnostního případně vrcholového sportu. proto je třeba vytvářet dostatečnou nabídku a mládež pro sportovní aktivity získávat. Prostředkem je všestranná podpora organizací podporujících a rozvíjejících takové aktivity.

Dalším úzce souvisejícím cílem je cíl číslo jedenáct, týkající se zdravějšího životního stylu, který by si lidé v celé společnosti měli osvojit do roku 2015. Ten totiž představuje z hlediska možností, jak ovlivňovat zdraví, jeden z nejdůležitějších faktorů. I přestože v České republice došlo v posledních letech k pozitivním změnám ve spotřebě potravin, jejich nevhodná skladba se na neuspokojivém zdravotním stavu nadále podílí. Vliv má také již zmíněná nízká pohybová aktivita populace všech věkových skupin.

Většina aktivit byla na úrovni České republiky v posledních letech směřována do edukace veřejnosti, zdravotnických a jiných profesionálů. Díky projektům podpory zdraví v rámci Národního programu zdraví bylo dosaženo výsledků, které se v jednání a chování lidí již začínají odrážet.

Aktivitami, které navrhuje Národní program Zdraví 21 pro ČR, je zlepšení spotřeby potravin celkovým snížením příjmu energie a vhodnějším složením stravy. Důraz klade také na zvýšení všestranné pohybové aktivity obyvatelstva a zlepšení pohybového aparátu dětí.

Tyto cíle, pokud bude dosaženo jejich realizace, budou mít jistě pozitivní vliv na snížení míry obezity v české populaci. Akteři, kteří jsou vymezeni v programu Zdraví 21, jsou zejména Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo zemědělství. Dále pak Ministerstvo pro místní rozvoj, podnikatelé, Společnost pro výživu, nevládní organizace, Státní zdravotní ústav, pediatři, územně samosprávné celky a další. Doporučení, že do řešení by měly být zapojeny všechny složky společnosti, je tedy v tomto případě splněno.

7. ZÁVĚR

Práce je vstupní analýzou závažného společenského problému epidemie obesity a nadváhy. Měření samotné obesity a nadváhy a zjištěné údaje vedou spíše jen k ojedinělým metodologickým diskusím a pochybnostem. Složitějším předmětem analýzy jsou příčiny obesity a nadváhy, neboť nejsou spatřovány jen v jednoduchém vztahu příjmu a výdeje kalorií na úrovni jednotlivců. Dochází zde k uplatnění celé řady dalších faktorů prostředí. Související politiky v oblasti potravinářství, obchodu, zdraví a léčby nemocí se vyznačují konflikty cílů a nesourodými zájmy aktérů. Současná situace v této oblasti byla dokonce charakterizována jako potravinová válka s četnými dílčími bitvami mezi aktéry veřejných politik.

Nadvýroba, nadměrná spotřeba potravin, obesita a nadváha umocňované aplikací marketingových nástrojů jsou reflektovány ve vztahu k jejich zdravotním a hospodářským důsledkům. V rámci demokratických procesů veřejných politik jsou analyzovány cesty k řešení zdravotních a hospodářských důsledků obesity a k zastavení a odvrácení jejích příčin. Globální charakter obchodu a průmyslu potravin vyžaduje, aby i cesty k řešení vzniklých problémů byly tvořeny primárně na globální a nadnárodní úrovni. V práci se podařilo analyzovat část strategických aktérů, působících zejména na úrovni Evropské unie ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací. Jsou specifikovány některé současné kroky tvorby politiky na úrovni Komise (Zelená kniha). Předmětem analýzy ještě nejsou aktéři reprezentující potravinářský průmysl a obchod, stejně jako chybí analýza politických (volených) představitelů a jejich jednání.

Ze zjištění této práce a z dalších ještě nezpracovaných podkladů však vyplývá, že řešení příčin problému obesity a nadváhy je komplikovanou výzvou pro strategické vládnutí na úrovni EU, ale i v politikách jednotlivých států. Zatím jen omezený okruh států zaujal aktivní přístup v tvorbě cílených programů a projektů, zabývajících se problémem epidemie obesity. Tento problém lze považovat zároveň za modelový případ řešení vztahů mezi soukromým a veřejným sektorem, mezi soukromými zájmy firem a obchodu ve vztahu k veřejným zájmům, podloženým potřebou řešit vznik závažného celospolečenského problému. Epidemie obesity je testem potenciálu demokracie a okruhu souvisejících veřejných politik.

8. LITERATURA

Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ministerstvem životního prostředí ČR a Ministerstvem zemědělství ČR, 1998. 98 s. ISBN 80-85047-15-2.

BOUCHARD, C. A focus on pediatric obesity is imperative, and IJPO is a timely new publication. *International Journal of Pediatric obesity* [online]. 2006, vol. 1, no. 1 s. 3-4. ISSN Online 1747-7174.

BROWN, Christine et al. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. Kostelec nad Černými Lesy : IZPE, WHO, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004. 62 s. Dostupný z WWW: <<http://www.izpe.cz/files/vysledky/131.pdf>>. ISBN 80-86625-14-1.

BYRNE, David. The EU and the obesity epidemic. *Eurohealth* [online]. 2003, vol. 9, no. 1 s. 16-17. Dostupný z WWW: <http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroHealth9_1.pdf>.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (EVROPSKÁ KOMISE). *Green Paper : Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases* [online]. 2005 [cit. 2006-05-16]. Dostupný z WWW: <http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf>.

Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva : WHO, 2003. 149 s. ISBN 92 4 120916 X.

DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.

DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Lidé a jídlo*. Praha : ISV, 1999. 182 s. ISBN 80-85866-41-2.

EGGER, Garry, SWINBURN, Boyd. An "ecological" approach to the obesity pandemic. *British Medical Journal* [online]. 1997, vol 315, is. 7106 [cit. 2006-04-25], s. 477-480. Dostupný z WWW: <<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/315/7106/477#F3>>.

EU childhood obesity "out of control" : IOTF Childhood Obesity Report May 2004 [online]. 2004 [cit. 2006-05-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.ietf.org/media/IOTFmay28.pdf>>.

FABICHOVÁ, Kateřina. *Hodnocení obezity u dětí a její léčba*. *Zdravotnické noviny* [online]. 2005 Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/detail.htm?id=45499>>.

FIALA, P., SCHUBET, K. *Moderní analýzy politiky*. Uvedení do teorií a metod policy analysis. Barrister a Principál, Brno 2000. ISBN 80-85947-50-1

FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě*. Praha : Euromedia Group - Ikar, 2004. 206 s. ISBN 80-249-0418-7.

FRAŇKOVÁ, Slávka. *Výživa a psychické zdraví*. Praha : ISV, 1996. 271 s. ISBN 80-85866-13-7.

HÁVA, Petr, et al. *Akční plán rozvoje Jihočeského kraje : Analýza zdravotního stavu obyvatelstva Jihočeského kraje a jeho vývoje v členění podle okresů v porovnání s ČR a EU*. Kostelec nad Černými Lesy : IZPE ve spolupráci s Jihočeským krajem, 2002. 252 s. ISSN 1213-8096.

HAVELKOVÁ, Jana, et al. *Podpora zdraví – poznatky a praxe*. Kostelec nad Černými Lesy: IZPE, 2003. 96 s. ISSN 1213-8096.

HAWKES, Corinna. *Marketing Food to Children: the Global regulatory Environment*. [s.l.] : WHO, 2004. 75 s. ISBN 92 4 159157 9.

HNILICOVÁ, Helena et al. *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými Lesy: IZPE, 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.

HOWLETT, Michael, RAMESH, M. *Studying Public Policy : Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford : Oxford University Press, 1995. 239 s. ISBN 0-19-540976-0.

CHAPMAN, Kimberly. *How To Write An Essay* [online]. 2000-2005 [cit. 2006-05-09]. Dostupný z WWW: <<http://kimberlychapman.com/essay/essay.html>>.

JACKSON-LEACH, Rachel, LOBSTEIN, Tim. Estimated burden of pediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. *International Journal of Pediatric obesity* [online]. 2006, vol. 1, no. 1 s. 26-32. ISSN Online 1747-7174.

JAMES, Philip et. al. *Obesity in Europe: The Case For Action* [online]. London: IOTF in collaboration with EASO, 2002. [cit. 2006-05-03]. Dostupný z WWW: <http://www.ietf.org/media/euobesity.pdf>

JAMES, W.P.T.. The challenge of childhood obesity. *International Journal of Pediatric obesity* [online]. 2006, vol. 1, no. 1 s. 7-10. ISSN Online 1747-7174.

KAPLUN, Anette et al. *Health Promotion and Chronic Illness: Discovering a new quality of health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1992. ISBN 92 890 1307 9.

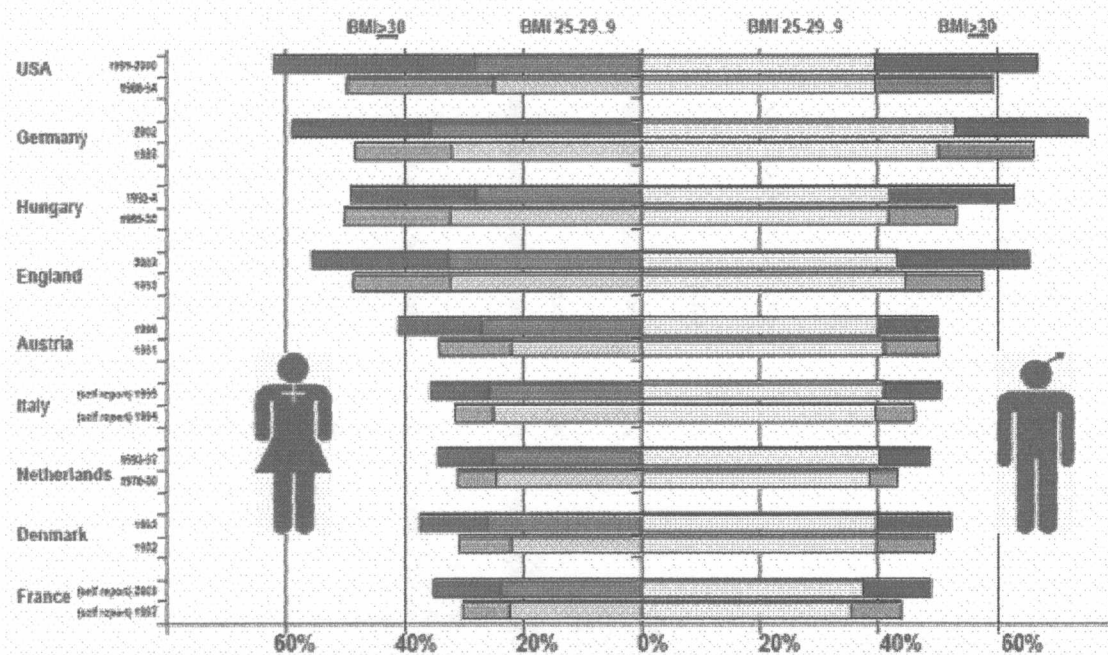
KRIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

LANG, Tim, HEASMAN, Michael. *Food wars : The global Battle for Mouths, Minds and Markets*. London : Earthscan Publications, 2004. 365 s. ISBN 1-85383-702-4.

- LANG, Tim, RAYNER, Geof. Obesity: a growing issue for European policy?. *Journal of European Social Policy [online]*. 2005, vol. 15, no. 4 s. 301-327. ISSN 0958-9287.
- LISÁ, Lidka, DROZDOVÁ, Věra, KŇOURKOVÁ, Marie. *Obezita v dětském věku*. Praha : Avicenum, 1990. s. 143.
- LOBSTEIN, Tim et al. *EU Platform on Diet, Physical Activity and Health: The International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper [online]*. Brussels: IOTF in conjunction with EASO, 2005. [cit. 2006-05-05]. Dostupný z WWW: http://ec.europa.eu/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/iotf_en.pdf
- LOBSTEIN, Tim, JACKSON-LEACH, Rachel. Estimated burden of pediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity related disease. *International Journal of Pediatric obesity [online]*. 2006, vol. 1, no. 1 s. 33-41. ISSN Online 1747-7174.
- MURRAY, C.J.L., LOPEZ, A.D. *Global comparative assessments in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: WHO, 1994.
- NOACK, R.H. *4th. International Conference on Health Promotion*. Jakarta, Indonesia, 21 – 25 July 1997 *Obesity [online]*. 2006 [cit. 2006-05-17]. Dostupný z WWW: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Obesity>>.
- ORME, J. et al. *Public Health for the 21st Century: New perspectives on policy, participation and practice*. Bekshire: Open University Press, 2003. 367 s. ISBN 0 335 21193 3.
- PAXSON, Christina, et al. Childhood Obesity. *The Future of Children [online]*. 2006, vol. 16, no. 1 [cit. 2006-05-05]. Dostupný z WWW: http://www.futureofchildren.org/pubs-info2825/pubs-info_show.htm?doc_id=349724.
- POTŮČEK, Martin a kol. *Veřejná politika*. Praha: SLON, 2005. 399 s. ISBN 80-86429-50-4.
- PURKRÁBEK, Miroslav. K metodologii výzkumu formování a realizace veřejné politiky. In POTŮČEK, Martin a kol. *Zrod teorie veřejné politiky v České republice: Úvodní studie k analýze formování a realizace veřejné politiky v České republice po r. 1989*. Praha: Institut sociologických studií v nakladatelství Vesmír, 1994, 92-97. ISBN 80-901131-6-8.
- RAYNER, Geof, RAYNER, Mike. Fat is an economic issue! : Combating chronic diseases in Europe. *Eurohealth [online]*. 2003, vol. 9, no. 1 [cit. 2006-04-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.asu.edu/educ/eps/CERU/Articles/CERU-0306-80-OWI.pdf>>.
- ROBERTS, Susan L.. *Obesity : A Food & Agriculture Policy Perspective [online]*. [cit. 2006-05-15]. Dostupný z WWW: <http://www.wkkf.org/DesktopModules/WKF_DmaItem/ViewDoc.aspx?fld=PDFFile&CID=19&ListID=28&ItemID=190786&LanguageID=0>.
- SALAČOVÁ, Ludmila. *Společně pro zdraví*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1994. 39 s.
- SALAČOVÁ, Ludmila. *Zdraví v nové perspektivě*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1994. 71 s.
- SAMUELSON, P.A., NORDHAUS, W.D. *Ekonomie*. 2. vydání. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0494-X.
- SOJKA, Milan, KONEČNÝ, Bronislav. *Malá encyklopedie moderní ekonomie*. Praha : Libri, 1996. 270 s. ISBN 80-85983-05-2.
- SUHRCKE, Marc, et al. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2005. 134 s. ISBN 92-894-9829-3.
- The European Health Report 2002*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2002. 165 s. Dostupný z WWW: <<http://www.euro.who.int/document/e76907.pdf>>. ISBN 92 890 1365 6.
- The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations*. [s.l.] : WHO, 2005. 129 s. ISBN 92-890-1376-1.
- URBAN, J. *Základy teorie národního hospodářství*. ASPI, Praha 2003
- VESELÝ, Arnošt. *Metody a metodologie vymezení problému : Strukturace, definice, modelování a formulace problému v policy analysis*. Praha : UK FSV CESES, 2005. 48 s. ISSN 1801-1519.
- WANG, Youfa, LOBSTEIN, Tim. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric obesity [online]*. 2006, vol. 1, no. 1 s. 11-25. ISSN Online 1747-7174.
- WEIMER, David L., VINING, Aidan R. *Policy Analysis : Concepts and Practice*. 2nd edition. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall, 1992. 424 s. ISBN 0-13-683145-1.
- WILKINSON, Richard, MARMOT, Michael. *Sociální determinanty zdraví : Fakta & souvislosti*. Kostelec nad Černými Lesy : IZPE, 2005. 52 s. ISBN 80-86625-46-X.
- ZDRAVÍ 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3..
- ŽÁČEK, Adolf. *Metody studia zdraví a nemoci v populaci*. Praha: Avicenum, 1974.

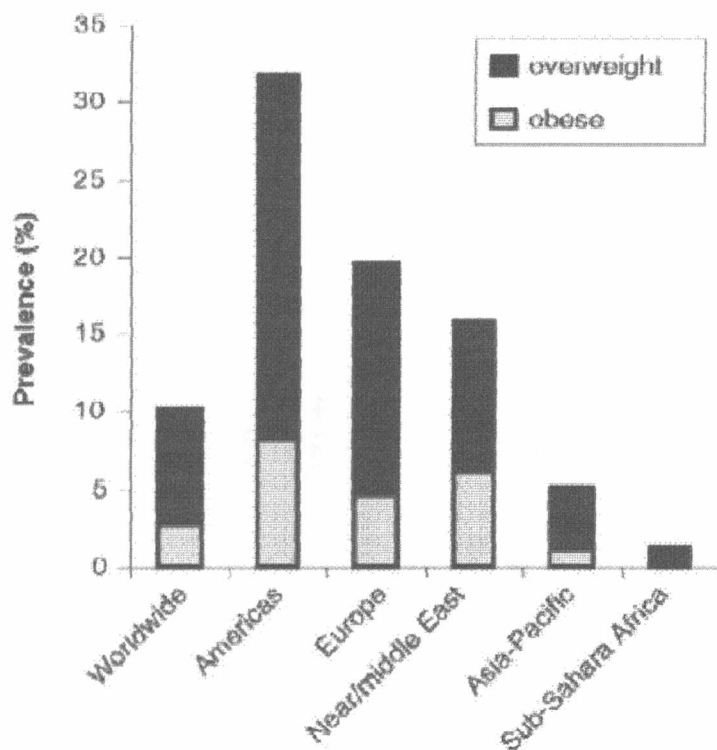
9. PŘÍLOHY

Graf 2.1 : Prevalence nadváhy a obezity v dospělých populacích vybraných zemí



[Zdroj: Lobstein et al., 2005]

Graf 2.2: Prevalence nadváhy a obezity u dětí ve věku 5-17 let ve světových regionech



[Zdroj: EU childhood obesity "out of control", 2004]

Tab. 2.1 (a) Trendy nadváhy a obezity dětí ve školním věku v různých zemích

Country	Date of survey	Prevalence of obesity (%)	Prevalence of overweight and obesity (%)	Age/ sample size	National or local survey	Definition	Ref
Americas	1974	INA	4.1 → 13.9	6-18 y	N	ICTF	1
	1997	INA	Urban: 4.9 → 18.4 Rural: 3.1 → 8.4	1974: 56,295 1997: 4875	N	ICTF	46
Canada	1981	M: 2.0 → 10.0	M: 11.0 → 33.0	7-13 y	N	ICTF	47
	1996	F: 2.0 → 9.0	F: 13.0 → 27.0	1981: 2879 1996: 6277	N	ICTF	49
Chile	1987	M: 1.8 → 7.2	M: 10.8 → 18.8	6 y	N	ICTF	
	2000	F: 2.1 → 7.5	F: 11.6 → 19.8	1987: 166,891 2000: 199,444	N	ICTF	1
United States	1971-74	INA	15.4 → 25.6	6-18 y	N	ICTF	
	1988-94	INA	INA	1971-74: 4472 1988-94: 6108	N	2000 CDC BMI 95th	48
United States	1971-74	6-11 y: 4.0 → 15.3	INA	6-19 y, (NHANES data)	N		
	1999-2000	12-19 y: 6.1 → 15.5	INA	1971-74: INA 1999-2000: 3298	N		
Europe							
Czech Rep.	1991	3.0 → 6.0	10.0 → 13.0	1991, (national reference)	N	Czech 90th/97th percentiles	50
	2000			2000, 7-11 y, 3345	N	ICTF	51
Finland	1977	M: 1.1 → 2.7	M: 8.3 → 19.4	12-18 y	N	ICTF	
	1999	F: 0.4 → 1.4	F: 4.5 → 11.2	1977: 2832 1997: 66,211	N	French BMI 90th and 97th	52
France	1980	2.5 → 3.2	10.0 → 11.7	4-17 y	N		
	1990			1980: 6697	N		
France (North)	1992	M: 1.7 → 1.3	M: 9 → 10.2	1990: 5795	L	ICTF	66
	2000	F: 1.6 → 4.4	F: 14.1 → 18.6	1992: 804 2000: 601	L		
Germany	1985	M: 5.3 → 8.2	M: 10.0 → 16.3	7-14 y	L	French 90th and 97th BMI	53
	1995	F: 4.7 → 9.9	F: 11.7 → 20.7	1985: 2002 1995: 1901	L		
Germany (East)	1992-3	M: 2.8 → 7.1	M: 16.7 → 32.7	11-14 y	L	ICTF	55
	1998-9	F: 3.3 → 7.9	F: 19.0 → 30.7	1992: 798 1998: 950	L	ICTF	64
Greece (Crete)	1982	M: 4.2 → 12.7	M: 20.6 → 39.7	11-13 y	L	ICTF	
				1982: 528 2002: 620	L		
Iceland	1978	M: 1.8 → 5.8	M: 12.4 → 22.0	9 y	N	ICTF	67
	1998	F: 0.5 → 4.2	F: 11.9 → 25.5	1978: 418 1998: 601	N		
Netherlands	1980	M: 0.1 → 1.1	M: 3.3 → 9.0	9 y, (approx 700)	N	ICTF	57, 69
	1996-97	F: 0.5 → 1.9	F: 6.8 → 13.2		N		

[Zdroj: Wang, Lobstein, 2006; 14-16]

Tab. 2.1 (b) - pokračování

Country	Date of survey	Prevalence of obesity (%)	Prevalence of overweight and obesity (%)	Age/ sample size	National or local survey	Definition	Ref
Poland	1987	8.4-9.7	23.8-22.1	14 y.	L	Local BMI 85th and 95th percentile	56
	1997			1987: 3165 1997: 1014			
Russia	1992	INA	15.6-9.0	6-18 y.	N	IOTF	1
	1998			1992: 6883 1998: 2152			
Spain	1985	Children:	Children:	6-7 and 13-14 y.	L	IOTF	70
	1995	M: 6.5-14.2 F: 10.0-17.7	M: 21-34 F: 25-36	1985: 90997 1995: 106284			
Sweden	1986	Adolescents:	Adolescents:		L	IOTF	58
	2001	M: 3.1-6.0 F: 1.1-1.5 1.2-4.8	M: 13-21 F: 16-21 11.5-23.1	1986: 6-11 y, 507 2001: 6-13 y, 1115			
Switzerland	1980	M: 3.7-9.1 F: 2.7-5.1	INA	15-16 y	L	French BMI 97th	60
	1990			1980: 1866 1990: 1212			
United Kingdom	1984	M: 1.7-5.4	M: 9.0-20.7		N	IOTF	61, 6
	2002	F: 2.6-7.8	F: 13.5-27.4	1984: 4-11 y, 5874 2002: 2-10 y, 9982			
N Ireland	1990	M: 4.0-4.7 F: 1.6-4.7	M: 16.0-19.5 F: 15.9-26.3	12 y	N	IOTF	68
	2000			1990: 509, 2000: 1047			
FYR, Serbia	1989	M: 3.6-7.2 F: 3.6-6.4	M: 12.4-18.7 F: 11.1-17.4	8-14 y	L	85th and 95th NHANES I	59
	1998			1989: 12380 1998: 6692			
SE Asia Thailand	1992	INA	M: 12.4-21.1 F: 15.2-12.6	5-16y, 2252	L	WHO/NCHS	79
	1997						
Western Pacific Australia	1985	7-15 y:	7-15 y:	1985: 7-15 y, 8492	N	IOTF	76
	1995	M: 1.4-4.7 F: 1.2-5.5 2.4-9.1	M: 10.7-20.0 F: 11.8-21.5 13.4-30.0	1995: 2-18 y, 2962			
New Zealand	1989			11-12 y, 1989: 871	L	IOTF	77
	2000			2000: 894			
China Mainland	1985	M: 2.6-8.2 F: 3.3-7.3	INA	6-18 y	N	120% wt-for-ht	71
	1995	INA	AR: 6.4-7.7 Urban: 7.7-12.4 Rural: 5.9-6.4	264,000 6-18 y 1991: 3014 1997: 2688	N	IOTF	1

[Zdroj: tamtéž]

Tab. 2.1 (c) - pokračování

W. L. LUDWIG

Country	Date of survey	Prevalence of obesity (%)	Prevalence of overweight and obesity (%)	Age/ sample size	National or local survey	Definition	Ref
	1985	Urban	Urban:	7-22y.	N	China BMI ref.	72
	2000	M: 1.1 → 10.4 F: 0.2 → 2.3	M: 1.5 → 14.8 F: 1.7 → 8.3	1985: 47 1115 2000: 266431			
Taiwan	1980-82	Rural	Rural:	12-15 y	N	> = 110% and > = 120% local ideal body weight ref.	73
	1984-96	M: 0.01 → 1.5 F: 0.06 → 0.9	M: 0.5 → 5.8 F: 1.7 → 4.7	M: 25.4 → 28.0			
Japan	1976-80	M: 10.1 → 11.1	F: 21.4 → 21.3	1980-82: 1980	N	> = 120% local wt-for-dht ref.	74
	1996-2000	M: 6.1 → 11.1 F: 7.1 → 10.2	INA	1994-96: 1366 6-14 y			
Singapore	1976-80	M: 1.5 → 3.8	M: 10.7 → 20.0	1976-80: 15,677	N	IOTF	74
	1996-2000	F: 1.2 → 2.9	F: 10.1 → 17.2	1996-2000: 6079 6-14 y			
	1975	M: 1.6 → 15.2	INA	1975-80: 15,677	N	> = 120% ideal wt-for-dht	75
	1993	F: 1.1 → 12.9		1996-2000: 6079 6-16 y, INA			

WHO/NCHS WHZ = The WHO Reference based on the US 1977 Growth Charts, weight-for-height Z-score (WHZ).

WHO/NCHS = Age- and sex-specific BMI 85th and 95th percentiles, developed based on the US NHANES I data collected in 1971-74, were used to classify overweight and obesity, respectively.

IOTF = The IOTF age- and sex-specific BMI cutoffs that correspond to a BMI of 25 and 30 at age 18.

INA = Information not available.

M = males; F = females.

N = National or nationwide; L = local.

[Zdroj: tamtéž]

Tab. 2.2 (a): Trendy obezity u dětí předškolního věku

Country	Date of surveys	Prevalence of obesity (%)	Age/sample size	National or local survey	Ref
Americas					
Bolivia	1989	4.5	0-5 y, INA	N	26
	1998	6.5	0-5 y, 5773		
Brazil	1986	2.6	2-5 y, INA	INA	27
	1996	4.1	2-5 y, INA		
Columbia	1986	4.2	2-5 y, INA	INA	27
	1995	1.8	2-5 y, INA		
Costa Rica	1982	2.3	0-6 y, INA	N	26
	1996	6.2	1-7 y, 1008		
Dominican Rep.	1986	2.6	2-5 y, INA	INA	27
	1996	4.6	2-5 y, INA		
El Salvador	1988	1.2	2-5 y, INA	INA	27
	1993	1.7	2-5 y, INA		
Guatemala	1987	0.5	2-5 y, INA	INA	27
	1995	2.0	2-5 y, INA		
Haiti	1978	0.8	0-5 y, INA	INA	26
	1994-95	2.8	0-5 y, 2794		
Honduras	1987	1.3	2-5 y, INA	INA	27
	1996	1.4	2-5 y, INA		
Nicaragua	1994	2.2	2-5 y, INA	INA	27
	1998	3.3	2-5 y, INA		
Peru	1992	3.9	2-5 y, INA	INA	27
	1996	4.7	2-5 y, INA		
Trinidad & Tobago	1976	5.2	0-5 y, INA	INA	26
	1987	3.0	0-3 y, 840		
United States	1971-74	5.0	2-5 y, 1971-74: INA	N	46
	1999-2000	10.4	1999-2000: 739		
Venezuela	1981-82	3.3	0-5 y, INA	INA	26
	1997	3.0	0-5 y, 291,749		
Europe					
Croatia	1993-94	4.1	1-6 y, INA	N	26
	1995-96	5.9	1-6 y, 6036		
Germany	1982	1.8	5-6 y, 95806	L	54
	1997	2.8			
Netherlands	1980	10	1-5 y	N	57
	1996-97	12.9	INA		
United Kingdom	1989	5.4	3-4y: 28,768	L	63
	1998	9.2			
FYR Serbia	1996	13.0	0-5 y, 3228	N	76
	2000	14.0	0-5 y, 1647		
South East Asia					
Bangladesh	1982-83	0.1	0-5 y, INA	INA	26
	1996-97	1.1	0-5 y, 4787		
Nepal	1975	0.1	0-5 y, INA	N	26
	1996	0.3	0-5 y, 3705		
Sri Lanka	1977-78	0.1	0-5 y, INA	N	26
	1987	0.1	0-5 y, 1994		
Western Pacific					
Philippines	1971-75	0.4	0-6 y, INA	N	26
	1993	0.8	0-5 y, 4229		
Solomon Islands	1970	3.1	0-5 y, INA	N	26
	1989	1.1	0-5 y, 3981		
Vietnam	1992-93	1.7	0-5 y, INA	N	26
	1998	0.7	0-5 y, 12,919		
Eastern Mediterranean					
Egypt	1978	2.2	0-5 y, INA	N	26
	1995-96	3.1	0-5 y, 9766		
Morocco	1987	2.7	0-5 y, INA	N	26
	1992	6.8	0-5 y, 4532		

[Zdroj: Wang, Lobstein, 2006; 17-18]

Tab. 2.2 (b)

Country	Date of surveys	Prevalence of obesity (%)	Age/sample size	National or local survey	Ref
Pakistan	1977	3.8	0-5 y, INA	N	28
	1990-91	3.1	0-5 y, 4056		
Tunisia	1973-75	1.3	0-6 y, INA	N	28
	1988	3.5	0-3 y, 1996		
Africa					
Ghana	1987-88	0.7	0-5 y, INA	N	28
	1993-94	1.9	0-3 y, 1819		
Madagascar	1992	0.4	2-5 y, INA	INA	27
	1997	0.2	2-5 y, INA		
Mali	1987	0.3	2-5 y, INA	INA	27
	1996	0.6	2-5 y, INA		
Mauritius	1985	5.6	0-5 y, INA	N	28
	1995	4.0	0-5 y, 1537		
Niger	1992	0.6	2-5 y, INA	INA	27
	1997	0.3	2-5 y, INA		
Nigeria	1990	1.5	0-5 y, INA	N	28
	1993	3.3	0-6 y, 2664		
Rwanda	1976	1.2	0-5 y, INA		28
	1992	2.1	0-5 y, 4386		
Senegal	1986	1.8	0-3 y, INA		28
	1992-93	2.6	0-5 y, 3865		
Tanzania	1991	2.1	2-5 y, INA	N	27
	1996	1.5	2-5 y, INA		
Togo	1988	0.2	2-5 y, INA	N	27
	1998	0.5	2-5 y, INA		
Uganda	1988	1.8	2-5 y, INA	INA	27
	1995	1.6	2-5 y, INA		
Zambia	1992	1.5	2-5 y, INA	INA	27
	1997	2.2	2-5 y, INA		
Zimbabwe	1988	4.4	0-5 y, INA	N	28
	1994	4.2	0-3 y, 2014		

* All surveys defined overweight as weight-for-height $Z > 2$ using the WHO/NCHS 1977 Growth Charts, with the exceptions of: USA (95th centile of the CDC 2000 reference charts), United Kingdom (95th centile, local reference charts), Germany (IOTF cut-off points) and Netherlands (90th centile, local reference charts).

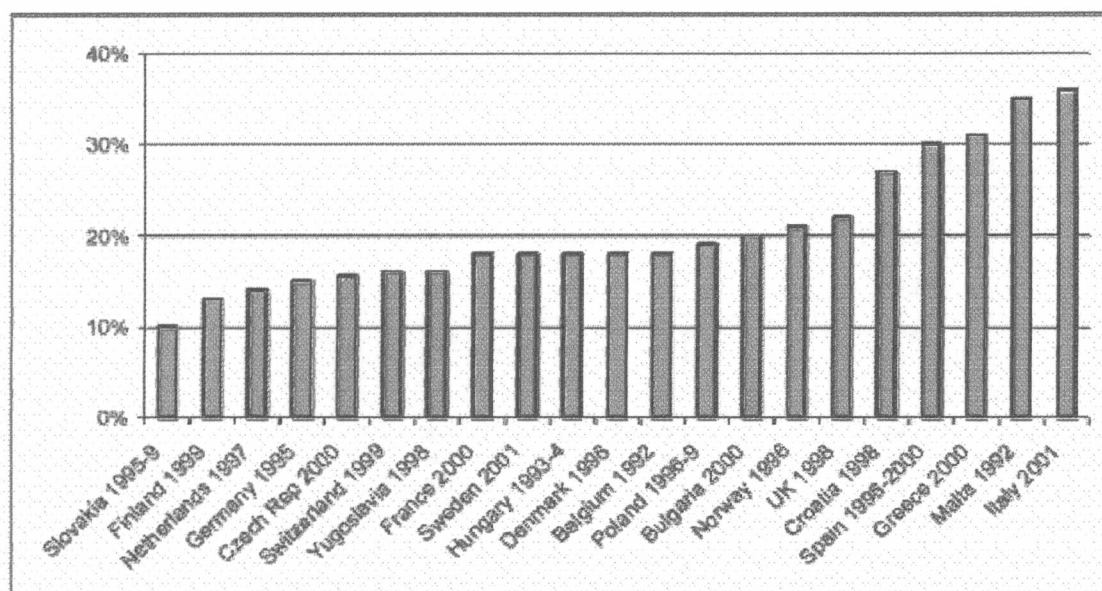
INA = Information not available.

M = males; F = females.

N = National or nationwide; L = local.

[Zdroj: tamtéž]

Graf 2.3: Prevalence nadváhy u dětí okolo 10 let věku



[Zdroj: James, 2002; 7]

Tab 2.3: Odhady prevalence nadváhy a obezity pro rok 2006 mezi dětmi ve věku 15-18 let (včetně) na území EU.

	Boys		Girls	
	Overweight (including obesity) %	Obesity %	Overweight (including obesity) %	Obesity %
Western Region				
Austria	22.3	8.5	24.1	8.5
Belgium	-	-	-	-
Denmark	25.3	4	29.2	6
Finland	-	-	-	-
France	24.5	4.6	31.9	6.8
Germany	27	5.5	30	6.8
Ireland	-	-	-	-
Luxembourg	-	-	-	-
Netherlands	20	3.4	25.8	5.4
Sweden	24.8	4.9	36.5	11.5
United Kingdom	28.1	6.9	36.1	9.8
<i>Regional estimate</i>	25.9	5.5	31.9	7.7
Southern Region				
Cyprus	33.7	8.8	33	8.6
Greece	30.8	10.6	23.6	7.3
Italy	37.8	9.1	38.8	10.8
Malta	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-
Spain	41.4	11.1	30.8	7.4
<i>Regional estimate</i>	38.4	10.0	34.0	9.1
Eastern Region				
Czech Republic	21.9	4.3	22.5	4.7
Estonia	-	-	-	-
Hungary	31.5	6.8	32.9	9
Latvia	-	-	-	-
Lithuania	-	-	-	-
Poland	28.8	5.5	28.7	6.3
Slovakia	23.7	3.8	24.3	4.9
Slovenia	-	-	-	-
<i>Regional estimate</i>	27.7	5.3	28.0	6.3

- survey data not available for estimate.

[Zdroj: Jackson-Leach, Lobstein, 2006; 30]

Tab. 2.4: Odhady úrovně nadváhy a obezity mezi dětmi v EU

Year	2006			2010		
	Prevalence (%)	Number	Annual increment	Prevalence (%)	Number	Annual increment
Population aged 5-17.9 yrs, inc		71 540 500			72 770 500	
Overweight or obese	30.4	21 748 312	1 239 615	36.7	26 706 773	1 302 000
Obese	7.1	5 079 376	331 107	8.8	6 403 804	359 000

[Zdroj: Jackson-Leach, Lobstein, 2006; 30]

Obr. 4.1: Produkční paradigma

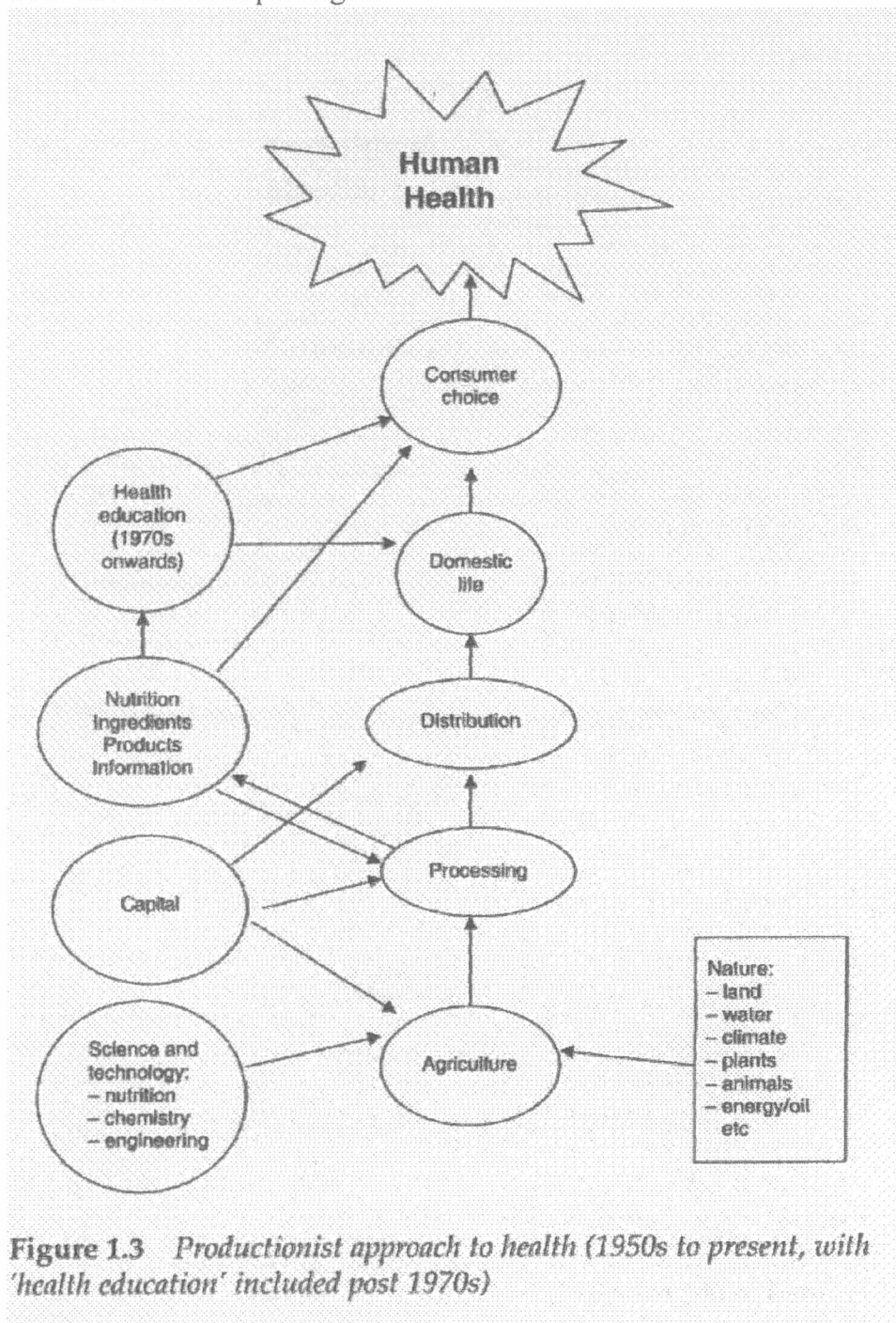


Figure 1.3 Productionist approach to health (1950s to present, with 'health education' included post 1970s)

[Zdroj: Lang, Rayner, 2004]

Obr 4.2: Zdravotnické paradigma

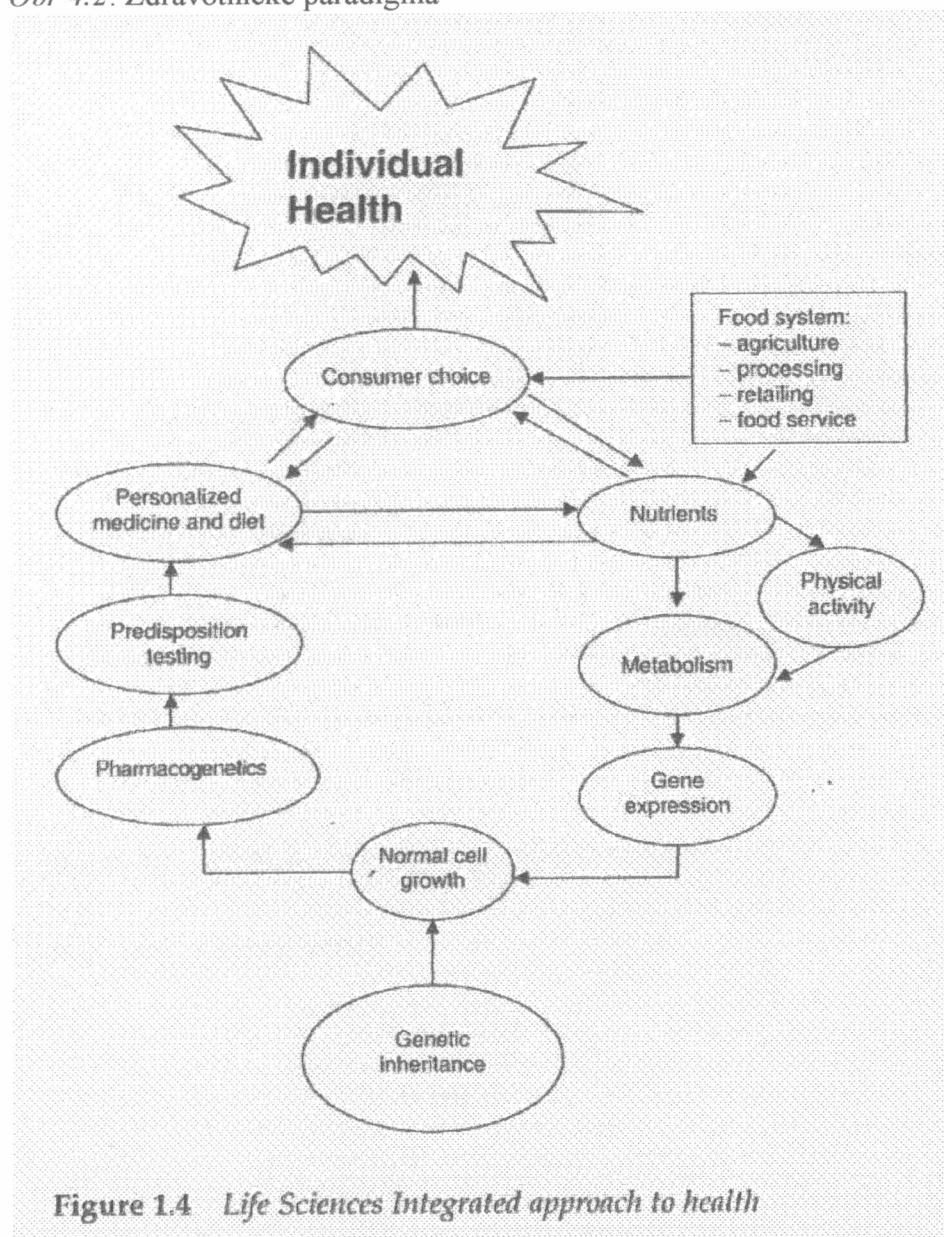
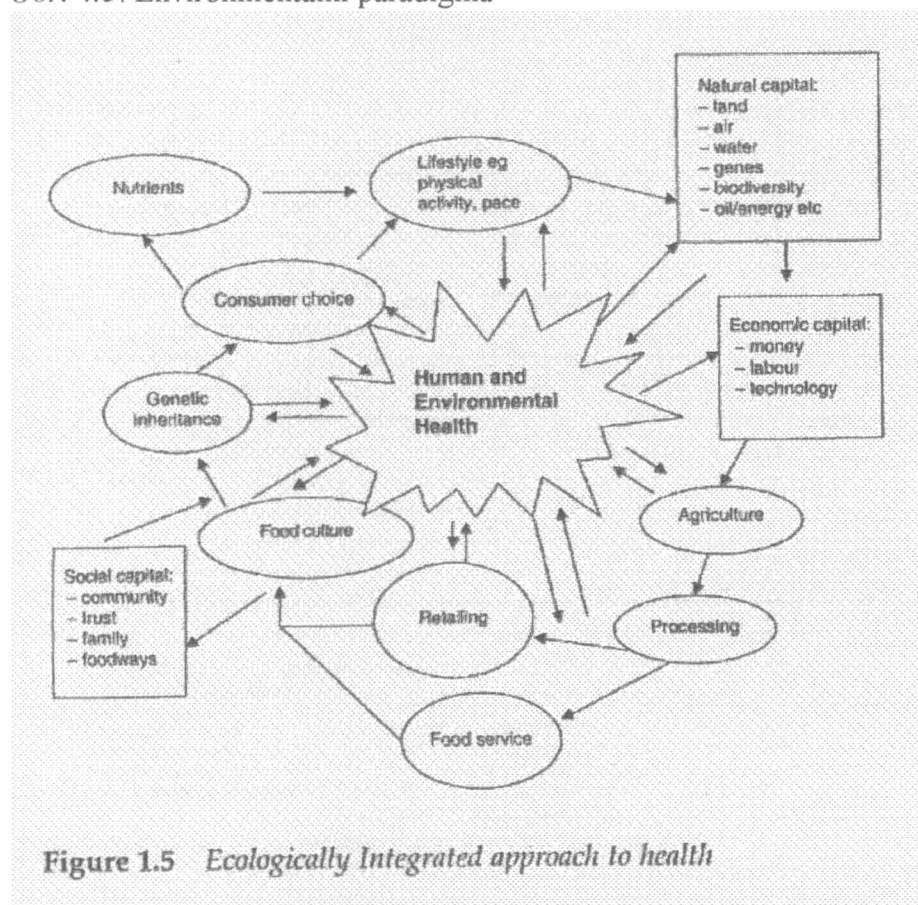


Figure 1.4 *Life Sciences Integrated approach to health*

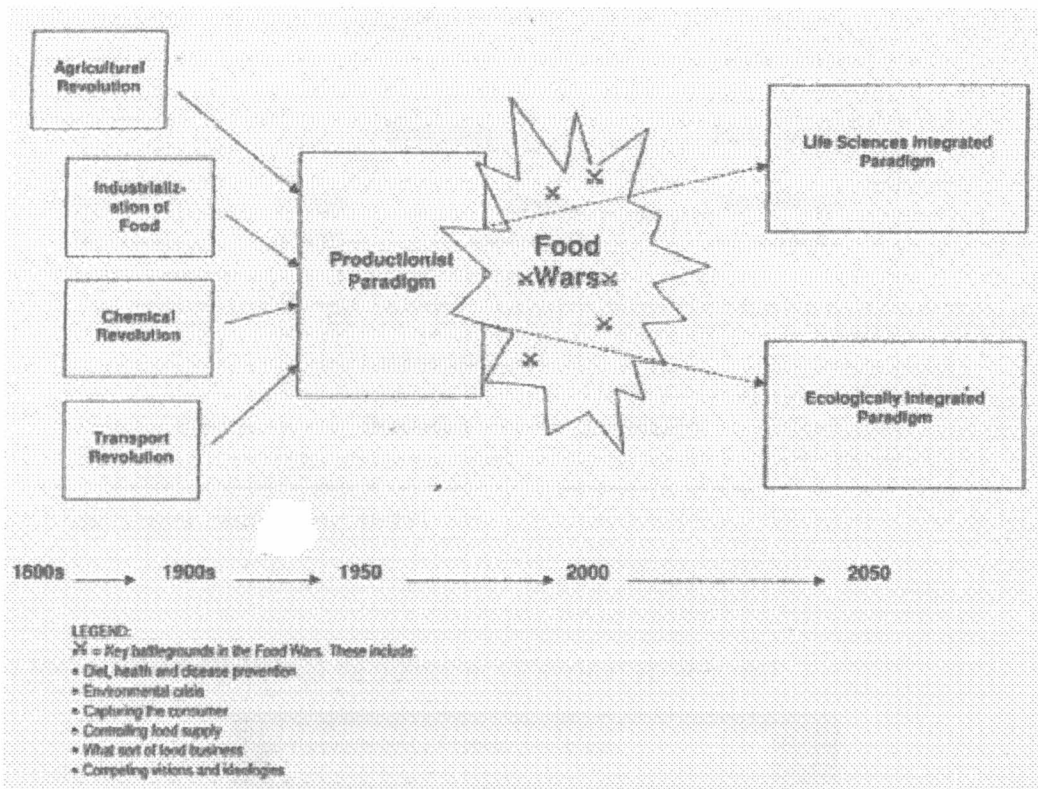
[Zdroj: Lang, Rayner, 2004]

Obr. 4.3: Environmentální paradigma

Figure 1.5 *Ecologically Integrated approach to health*

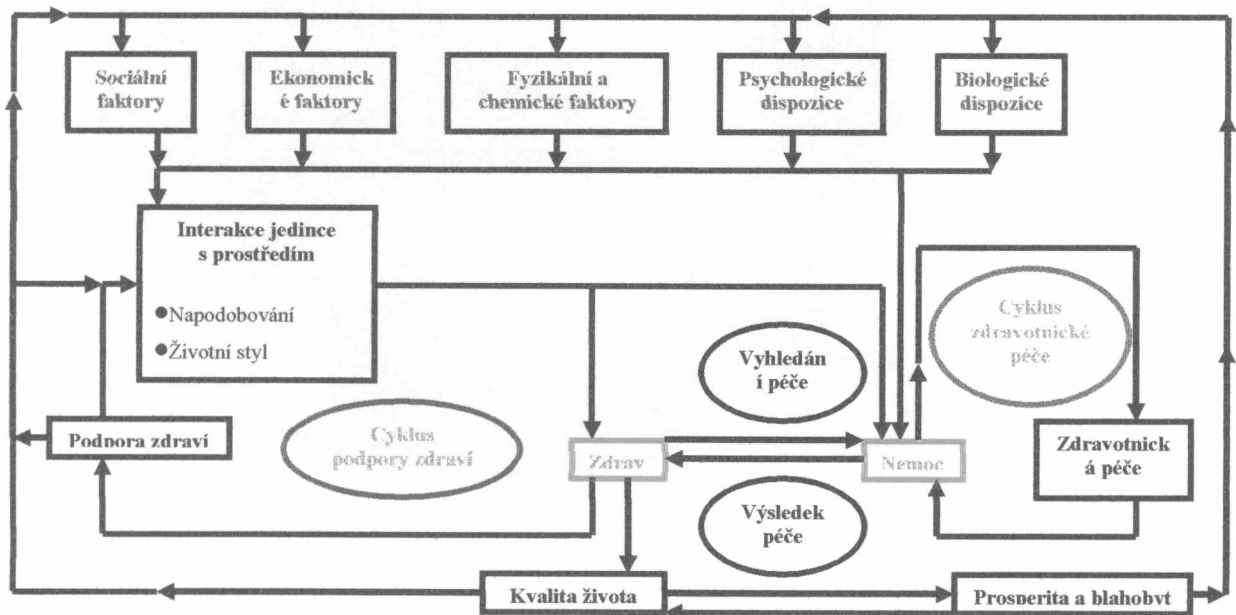
[Zdroj: Lang, Rayner, 2004]

Obr. 4.4: Potravinové války



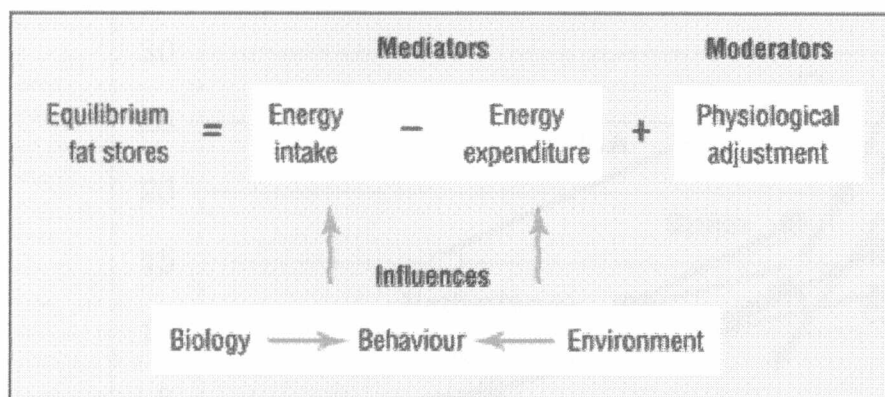
[Zdroj: Lang, Rayner, 2004]

Obr 4.5: Model determinant zdraví



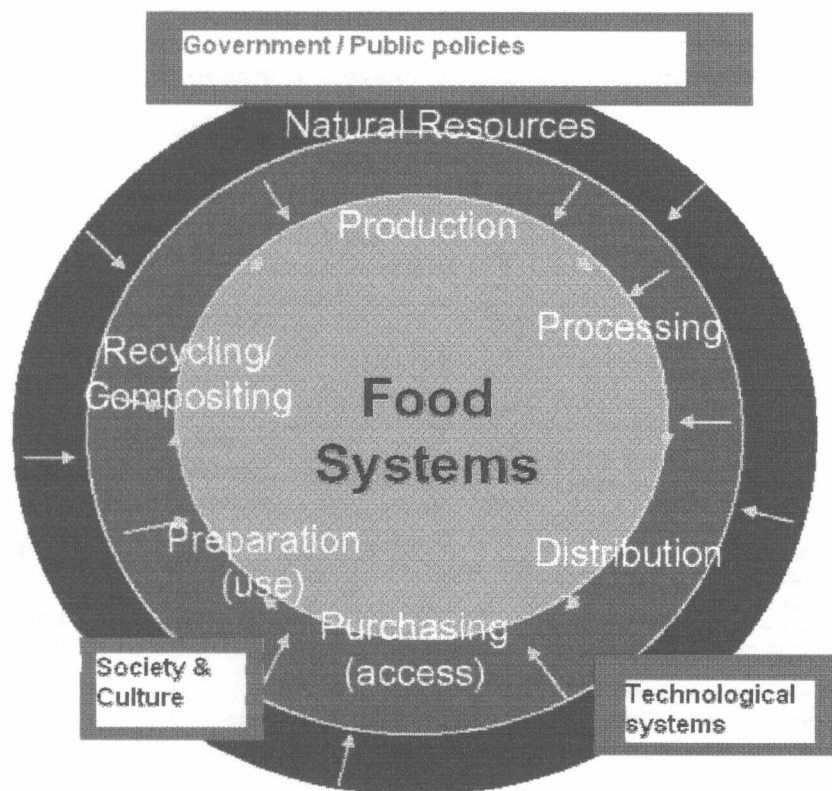
[Zdroj: Noack, 1997]

Obr. 6.1. Ekologický model vysvětlující nadváhu a obezitu (ne)rovnováhou mezi energetickým příjmem a výdejem



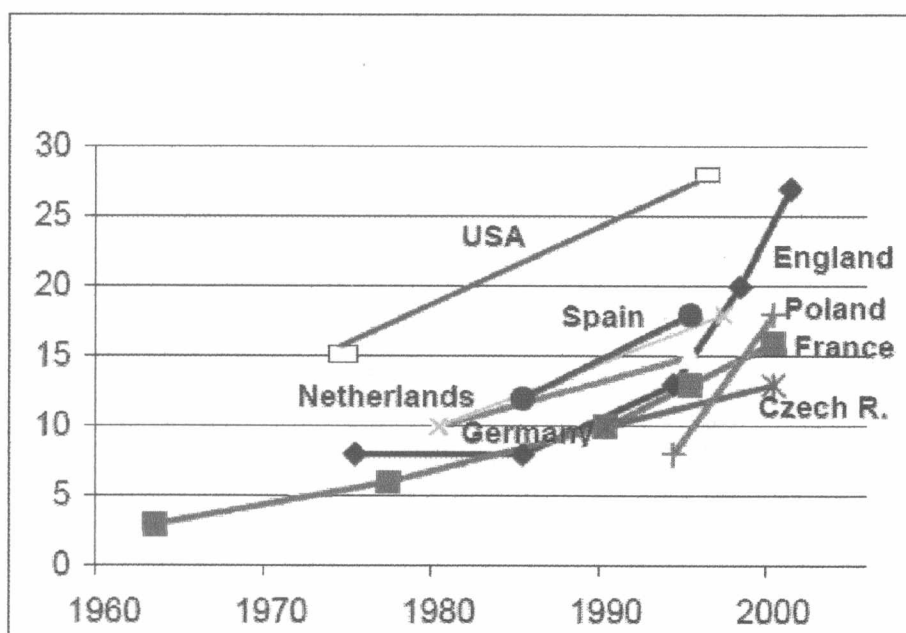
[Zdroj: Egger, Swinburn, 1997]

Obr. 6.2: Vlivy působící na potravinový systém společnosti



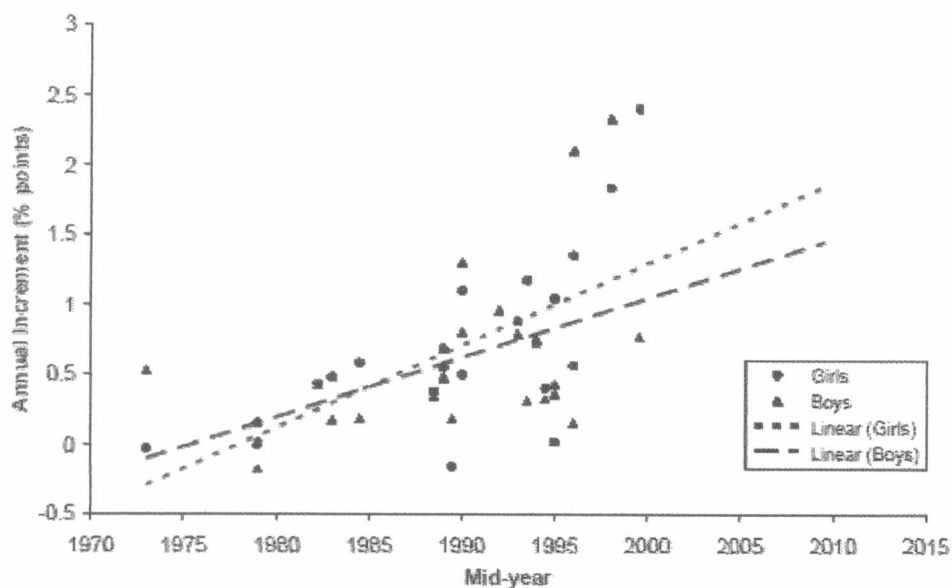
[Zdroj: Roberts, cit. 2006-05-15]

Graf 6.1: Srovnání vývoje prevalence nadváhy u dětí ve věku 5 až 11 let



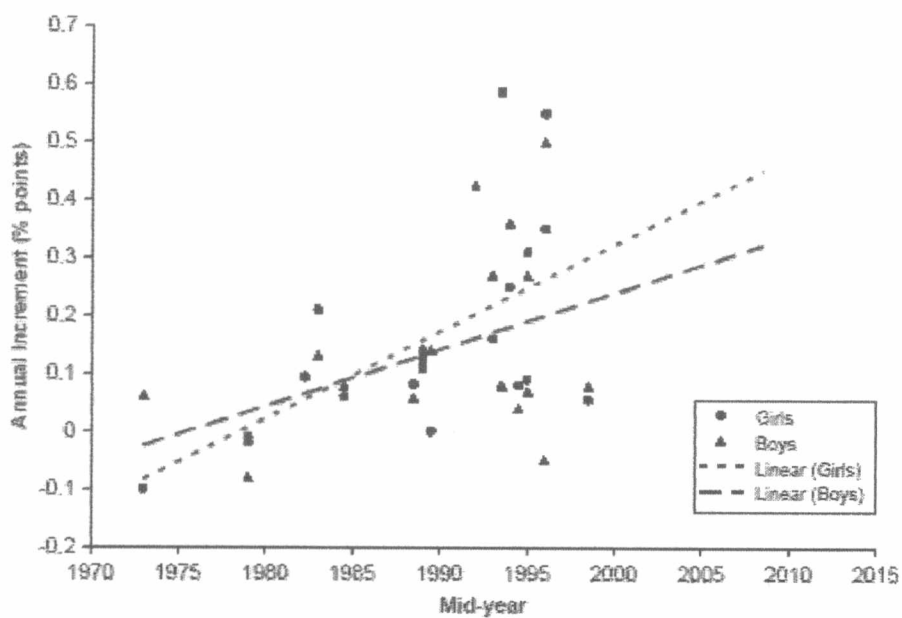
[Zdroj: Evropská komise, 2005]

Graf 6.2: Roční proměny v prevalenci nadváhy (včetně obezity) mezi dětmi (EU).
Projekce do roku 2010



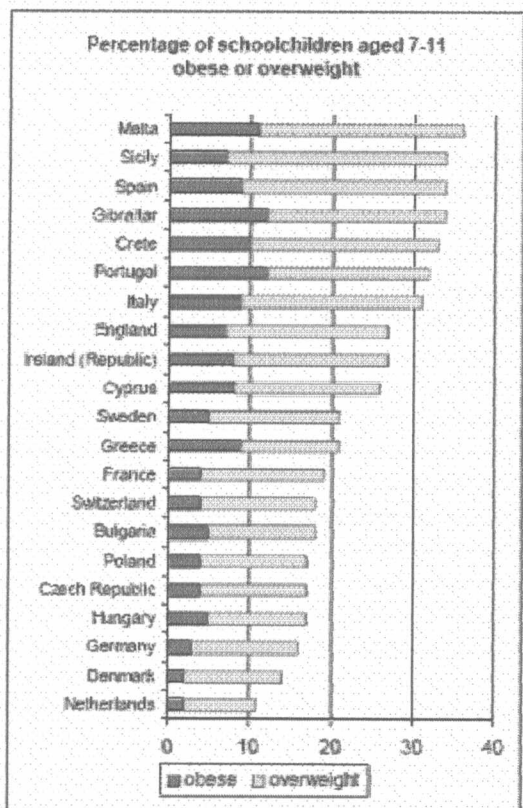
[Zdroj: Jackson-Leach, Lobstein, 2006;30]

Graf 6.3: Roční proměny v prevalenci obezity mezi dětmi, projekce do roku 2010



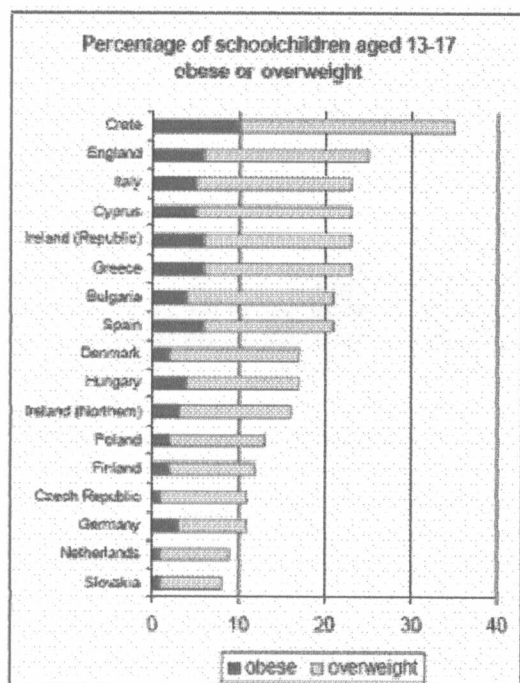
[Zdroj: Jackson-Leach, Lobstein, 2006;30]

Graf 6.4: Nadváha a obezita u dětí ve věku 7-11 let ve vybraných Evropských zemích



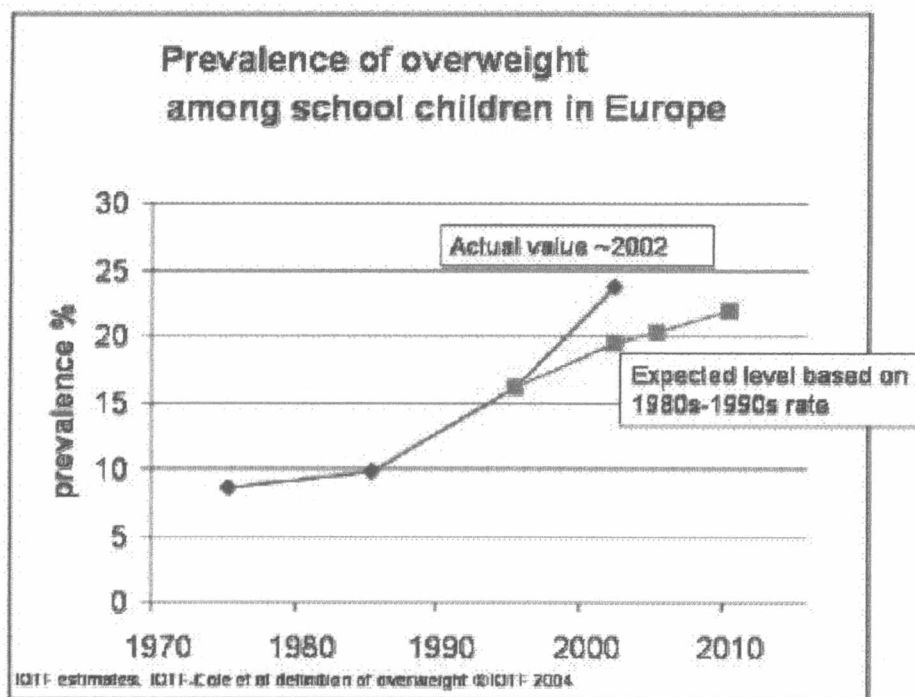
[Zdroj: Lobstein et al., 2005]

Graf 6.5: Nadváha a obezita u dětí ve věku 13-17 let ve vybraných evropských zemích



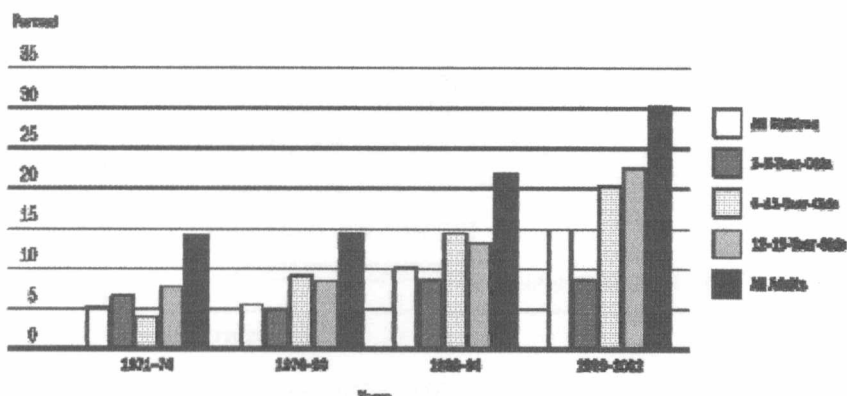
[Zdroj: Lobstein et al., 2005]

Graf 6.6: Prevalence nadváhy a obezity u školních dětí – rozdíl mezi skutečností a odhady z 80. let



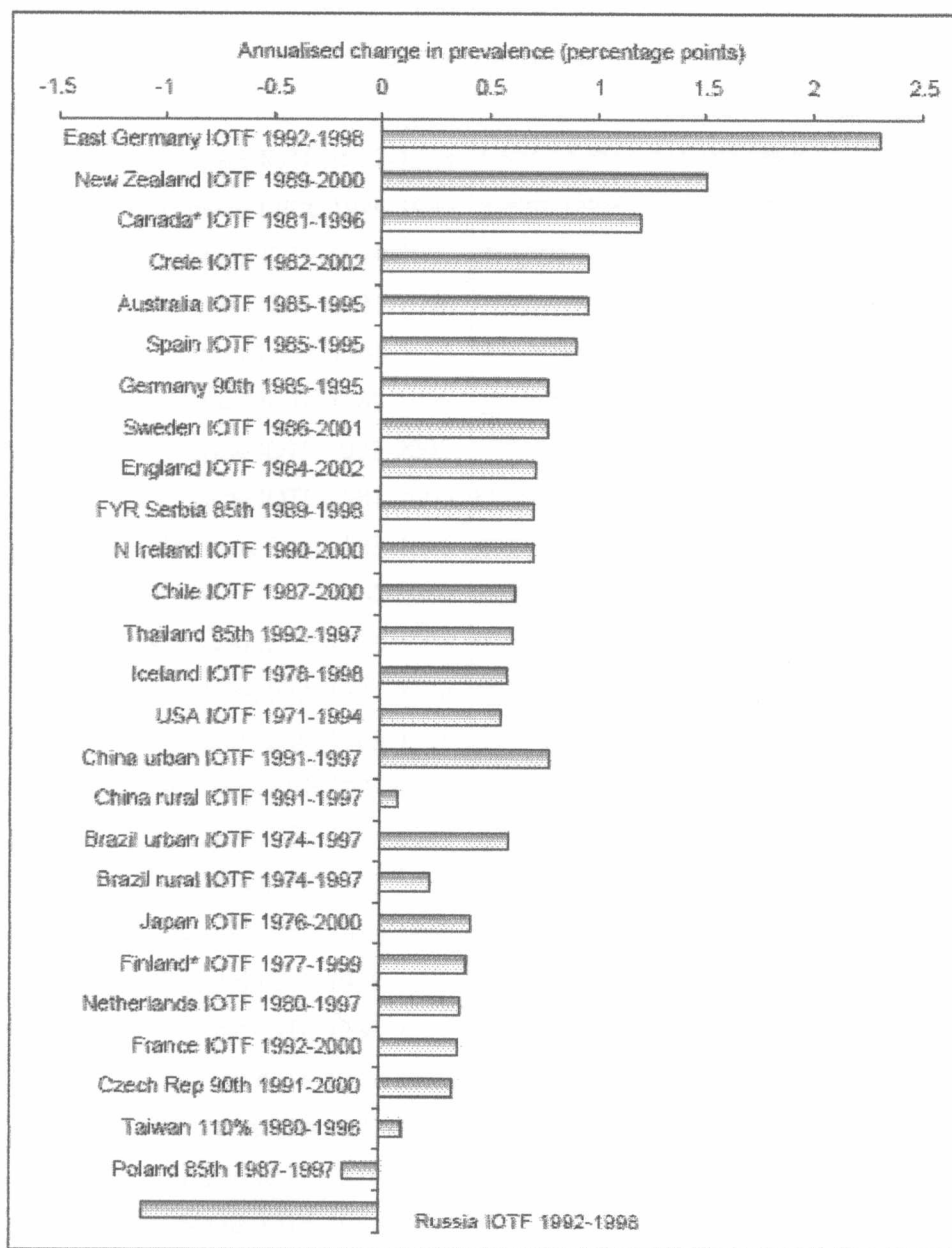
[Zdroj: EU childhood obesity "out of control", 2004]

Graf 6.7: Míra obezity vzrůstající ve všech věkových skupinách (Příklad USA)



[Zdroj: Paxson, cit. 2006-05-05]

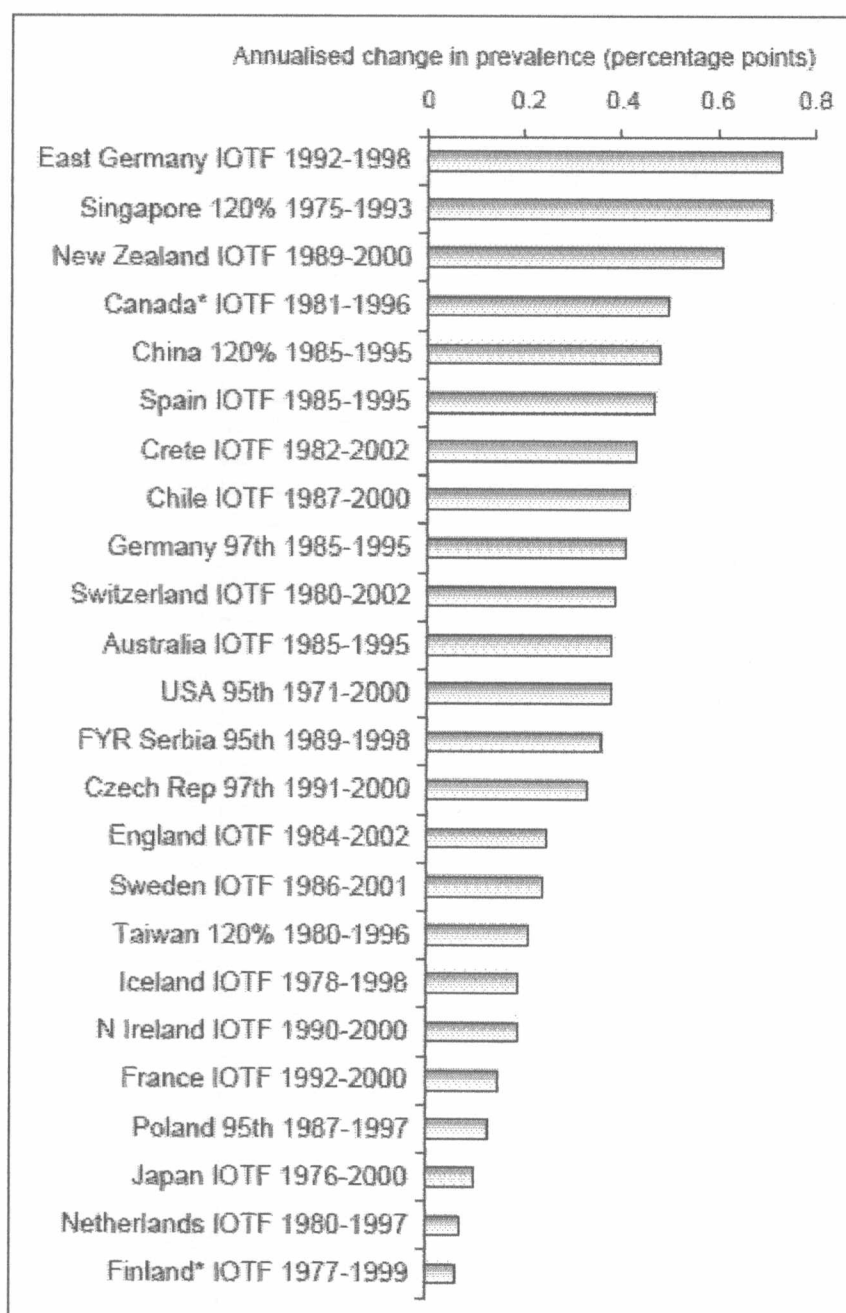
Graf 6.8: Roční rozdíly v prevalenci (%) nadváhy a obezity dětí ve školním věku podle výzkumů prováděných od 70. let.



* Self-reported data

[Zdroj: Wang, Lobstein, 2006; 19]

Graf 6.9: Roční rozdíly v prevalenci (%) obezity dětí ve školním věku podle výzkumů prováděných od 70. let.



* Self-reported data.

[Zdroj: Wang, Lobstein, 2006; 20]

Graf 6.10: Změny prevalence obezity mezi dětmi předškolního věku podle výzkumů prováděných od roku 1970.

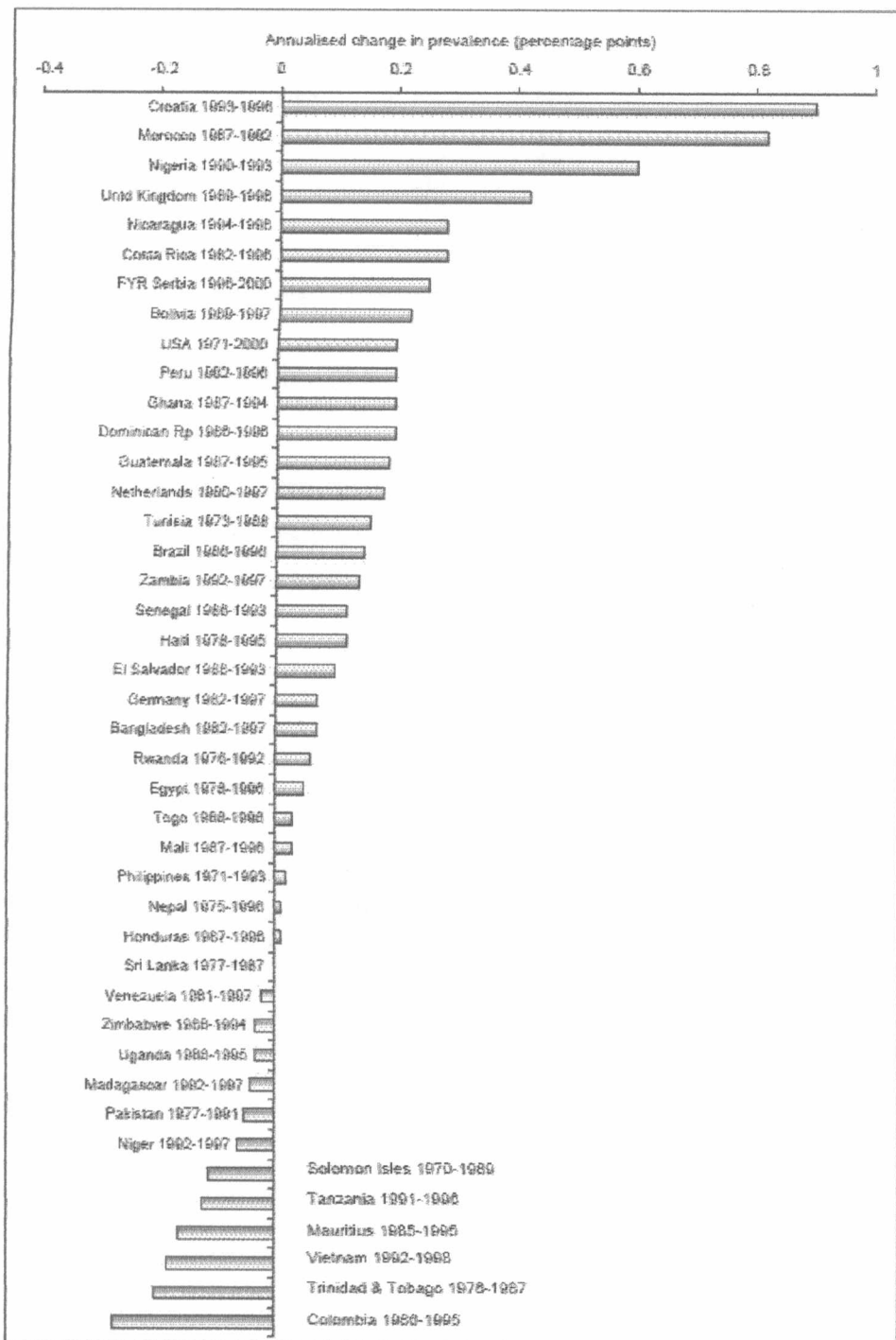


Figure 3. Change in the prevalence of obesity among infants and pre-school children in surveys since 1970. All surveys defined obesity as weight for height Z score >2 , except UK and USA which used 95th centile (local reference) and Netherlands, which used 90th centile (local reference) and Germany which used IOTF cut-off points for obesity.

[Zdroj: Wang, Lobstein, 2006; 21]

Tab. 6.1: Prevalence nadváhy a obezity u dětí ve školním věku. Založeno na posledních dostupných datech získaných podle kritérií IOTF. Odhady pro rok 2006 a 2010 založené na ročních nárůstech prevalence.

WHO Region (dates of most recent surveys)	Most recent surveys		Projected 2006		Projected 2010	
	Overweight (inc obesity)%	Obesity%	Overweight (inc obesity)%	Obesity%	Overweight (inc obesity)%	Obesity%
Africa (1987–2003)	1.6	0.2	*	*	*	*
Americas (1988–2002)	27.7	9.6	40.0	13.2	46.4	15.2
Eastern Med (1992–2001)	23.5	5.9	35.3	9.4	41.7	11.5
Europe (1992–2003)	25.5	5.4	31.8	7.9	38.2	10.0
South East Asia (1997–2002)	10.6	1.5	16.6	3.3	22.9	5.3
West Pacific (1993–2000)	12.0	2.3	20.8	5.0	27.2	7.0

* There were insufficient data on school-age children in the WHO African Region to make estimates of projected prevalence rates.

* inc, including.

[Zdroj: Wang, Lobstein, 2006; 22]

Tab. 6.2: Dolní odhady počtu obézních dětí v Evropské unii s indikátory onemocnění souvisejících s obezitou. Věková skupina 5,0-17,9 let (není-li uvedeno jinak)

	Lowest estimated prevalence among obese children	Lowest estimated number of obese children affected in EU25
Raised triglycerides	21.5%	1.09 m
Raised total cholesterol	22.1%	1.12 m
High LDL cholesterol	18.9%	0.96 m
Low HDL	18.7%	0.95 m
Hypertension	21.8%	1.11 m
Impaired glucose tolerance	8.4%	0.42 m
Hyperinsulinaemia	33.9%	1.72 m
Type 2 diabetes	0.5%	27,000
Metabolic syndrome (3+)*	23.9%	1.21 m
Metabolic syndrome (4+)* (age 10–17.9 years)	4.6%	0.13 m
Hepatic steatosis	27.9%	1.42 m
Elevated aminotransferase	12.8%	0.65 m

* Metabolic syndrome was defined as having a number of the following: hypertension, central adiposity, raised HDL blood cholesterol, raised blood triglycerides, raised blood glucose levels.

[Zdroj: Lobstein, Jackson-Leach, 2006; 39]

Tab. 6.3: Shrnutí výzkumů prevalence indikátorů kardiovaskulárních onemocnění mezi skupinami obézních dětí.

Table 1. Summary of surveys of the prevalence of cardio-vascular disease indicators among groups of obese children.

Reference, country	Sample features	Obesity definition	Raised triglycerides	Raised total cholesterol	High LDL cholesterol	Low HDL cholesterol	Hypertension	Ref
Chan et al (2004), Hong Kong	n = 84, age 7-18, clinic	BMI obese (IOTF)	19% > 2.0 mmol/l	26% > 5.2 mmol/l	18% > 3.4 mmol/l (n = 83)	56% < 1.2 mmol/l	40% ≥ 90 th centile for age, sex	19
Chu et al (1998), Taiwan	n = 202, age 12-16, community	BMI ≥ 85 th centile		31.7% ≥ 90 th centile for age, sex				20
Cook et al (2003), USA	n = 338, age 12-19, community	BMI ≥ 95 th centile (1.24 mmol/l)	51.8% ≥ 110 mg/dl			50% ≤ 40 mg/dl (1.03 mmol/l)	11.2% ≥ 90 th centile for age, sex	21
Cruz et al (2004), USA	n = 126, age 8-13, family history of type 2 diabetes, clinic	BMI > 85 th centile	26% > 90 th centile for age, sex			67% HDL ≤ 10 th centile for age, sex	22% SBP > 90 th centile for height, age, sex	22
Csabi et al (2000), Hungary	n = 180, age 10-15, clinic	> 120% weight for height	37% above local reference (1.1-1.5 mmol/l by age)	25% > 5.2 mmol/l		5% < 0.9 mmol/l	40.5% > 95 th centile for age, sex	23
Davis et al (2005), USA	n = 56, age 7-18, community	BMI ≥ 95 th centile	18% > 150 mg/dl	34% > 170 mg/dl	19% > 110 mg/dl (boys), < 50 mg/dl (girls)	57% < 40 mg/dl	45% SBP ≥ 90 th centile for height, age, sex	24
Duncan et al (2004), USA	n = ~ 100, age 12-19, community	BMI > 95 th centile	45.5% ≥ 110 mg/dl			39.1% ≤ 40 mg/dl	25.6% ≥ 90 th centile for height, age, sex	9
Figuerola-Cobon et al (1997), USA, cited in Barlow and Dietz (1998)	n = ~ 1000, age 5-11, community	> 120% weight for height					25% > 90 th centile	25
Freedman et al (2002), USA	n = 356, age 5-10, community	BMI ≥ 95 th centile	18% > 130 mg/dl	21% > 200 mg/dl	20% > 130 mg/dl	15% < 35 mg/dl	19% SBP > 95 th centile	26
Korami et al (1997), Japan	n = 1691 (data 1986-1994), age 6-14, community	≥ 140% standardised weight					25.5% SBP ≥ 135 or DBP ≥ 80 mm	27
Invitri et al (2003), Italy	n = 710, age 6-18, clinic	mean BMI 35	17.5% 'above normal range'		18.5% 'above normal range'	17% 'below normal range'	27% > 95 th centile for age, height	12
Maffei et al (2001), Italy	n = 43, age 3-11, community	BMI obese (IOTF)		58% > 180 mg/dl	35% ≥ 130 mg/dl	9% ≤ 35 mg/dl	47% SBP ≥ 120 mm	28
Mohan et al (2004), India	n = 25 urban, n = 21 rural, age 11-17, community	BMI > 30					43.1% (urban), 61.8% (rural) > 95 th centile	29
Reich et al (2003), Germany	n = 280, age 8-16, community	BMI > 90 th centile		27% > 5.1 mmol/l	26% > 3.4 mmol/l	18% < 0.9 mmol/l	25.5% DBP > 95 th centile	30
Reinhold et al (2004), Germany	n = 1004, age 4-18, clinic	BMI > 90 th centile	20% > 1.7 mmol/l					31
Verma et al (1995), India	n = ~ 100, age 5-15, community	'obese'					13.7% > 95 th centile for age	32
Vinier et al (2005), UK	n = 103, age 2-18, clinic	BMI ≥ 95 th centile	20% ≥ 1.75 mmol/l	18% ≥ 95 th centile		10% < 0.9 mmol/l	32% SBP ≥ 95 th centile for age, sex	33

Tab. 6.4: Shrnutí výzkumů prevalence indikátorů prevalence onemocnění souvisejících s metabolismem a insulinem mezi skupinami obézních dětí

Reference, country	Sample features	Obesity definition ^a	Impaired glucose tolerance	Hyperinsulinemia	Type 2 diabetes	Metabolic syndrome ^b	Ref
Cook et al (2003), USA	n = 338, age 12-19, community	BMI $\geq 95^{\text{th}}$ centile				28.7% <u>three or more factors</u> , 5.8% <u>four or more factors</u>	21
Cruz et al (2004), USA	n = 136, age 8-13 family history of type 2 diabetes, clinic	BMI $\geq 85^{\text{th}}$ centile	27% ≥ 140 mg/dl at 2 h			30.2% <u>three or more factors</u>	22
Csabi et al (2000), Hungary	n = 180, age 10-15, clinic	> 120% weight for height	28% 'impaired'	5.4% > 95 th centile local data (> 18.7 mU/l)		15% <u>three or more factors</u> , 8.9% <u>four or more factors</u>	23
Davis et al (2003), USA	n = 58, age 7-18, community	BMI $\geq 95^{\text{th}}$ centile				41% <u>three or more factors</u>	24
Duncan et al (2004), USA	n = 100, age 12-19, community	BMI $\geq 95^{\text{th}}$ centile				32.1% <u>three or more factors</u> , 4.4% <u>four or more factors</u>	9
Preedman et al (2002), USA	n = 356, age 5-10, community	BMI $\geq 95^{\text{th}}$ centile		22% > 95 th centile local data			26
Grey et al (2002), USA, cited by Caprio (2002)	n = 42, age 11-15, community	mean BMI 36.2 \pm 6	21% 'impaired'		5%		36
Invernizzi et al (2003), Italy	n = 710, age 6-18, clinic	mean BMI 35	4% ≥ 140 mg/dl at 2 h		0.2%		12
Paulsen et al (1968), USA, cited by Garrao (2003)	n = 66, age 2, clinic	'obese'	17% 'impaired'		6%		37
Prubas-Harniel et al (2004), Israel	n = 101, adolescents, clinic	BMI > 39	8% 'impaired'		3%		38
Siuba et al (2002), USA	n = 55, age 4-10, clinic	BMI $\geq 95^{\text{th}}$ centile	25% ≥ 140 mg/dl at 2 h				14
Siuba et al (2002), USA	n = 112, age 11-18, clinic	BMI $\geq 95^{\text{th}}$ centile	21% ≥ 140 mg/dl at 2 h		4%		14
Tresaco et al (2003), Spain	n = 95, age 4-16, clinic	'obese'	7.4% 'impaired'		0%		39
Urwalo et al (2002), USA	n = 48, age 2, community	mean BMI 32 \pm 5	6.3% 'impaired'		0%		40
Viner et al (2005), UK	n = 103, age 2-18, clinic	BMI $\geq 95^{\text{th}}$ centile	11% ≥ 140 mg/dl at 2 h	40% > 15-30 mU/l according to age	0%		32
Wabitsch et al (2004), Germany	n = 520, age 8-20, clinic	BMI > 97 th centile	2.1% > 140 mg/dl at 2 h		1.5%		5
Weiss et al (2004), USA	n = 439, age 4-20, clinic	BMI > 97 th centile	16.8% > 140 mg/dl at 2 h			41.2% <u>three or more factors</u>	41
Wiegand et al (2004), Germany	n = 102, age 6-17, with abnormal fasting glucose, clinic	BMI > 97 th centile	36.3% ≥ 140 mg/dl at 2 h		5.9%		42
Yoshinaga et al (2005), Japan	n = 299, age 6-12, community	BMI obese (ICOTF)		52.2% > 90 th centile		17.7% <u>three or more factors</u>	33
Weighted average prevalence (weighted average 95%CI)			11.9% (8.4-17.0)	59.8% (53.9-65.9)	1.5% (0.54-4.46)	Three: 29.2% (23.9-35.3); Four: 7.6% (4.56-12.2)	

a: Metabolic syndrome was defined as having a number of the following: hypertension, central adiposity, raised HDL blood cholesterol, raised blood triglycerides, raised blood glucose levels or impaired glucose tolerance.

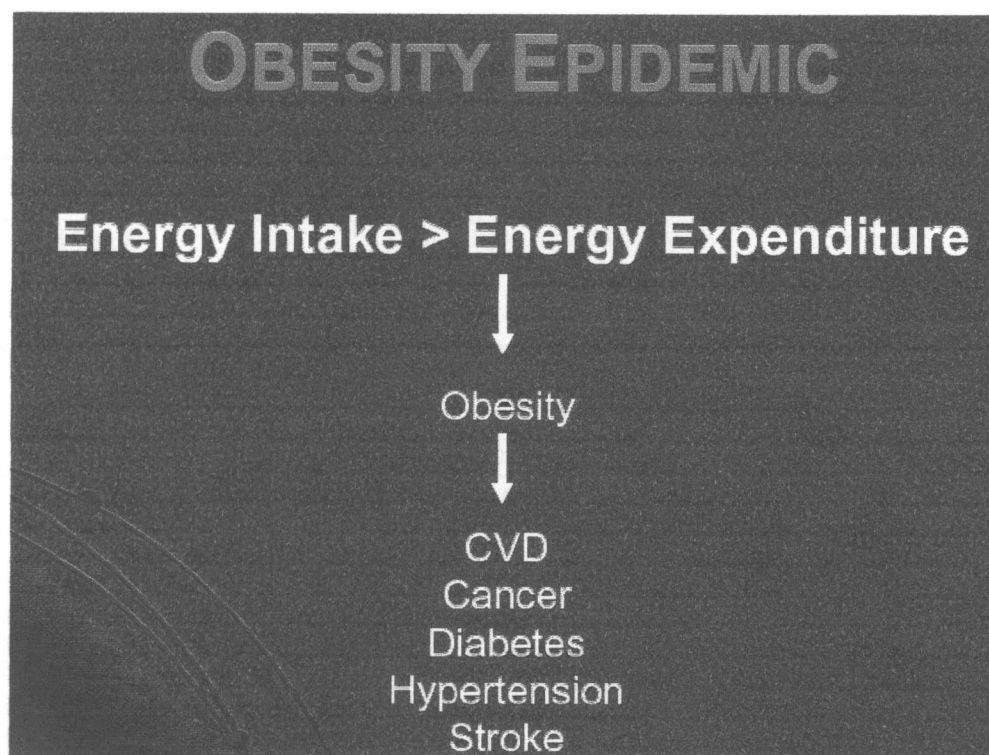
Tab. 6.5 Dotace do zemědělství ve vybraných zemích

Table 7A Farm subsidies, by country; OECD Producer Support Estimate, 1986-2001 (US\$ millions)²⁴

		1986-88	1999-2001	1999	2000	2001p
Australia	USD mn	1285	947	1135	878	827
	Percentage PSE	9	5	6	4	4
Canada	USD mn	5867	3930	3709	4153	3928
	Percentage PSE	34	18	18	19	17
Czech Republic (1)	USD mn	1670	655	949	532	585
	Percentage PSE	38	19	24	16	17
European Union	USD mn	93719	99343	115330	89617	93083
	Percentage PSE	42	36	39	34	35
Hungary (1)	USD mn	891	881	1151	912	580
	Percentage PSE	17	18	23	20	12
Iceland	USD mn	193	136	161	139	108
	Percentage PSE	74	63	67	62	69
Japan	USD mn	49498	51980	53809	54888	47242
	Percentage PSE	62	60	61	61	59
Korea	USD mn	12120	18170	18335	19337	16838
	Percentage PSE	70	68	66	67	64
Mexico	USD mn	-266	5694	4515	6032	6537
	Percentage PSE	-1	18	15	19	19
New Zealand	USD mn	476	67	77	71	52
	Percentage PSE	11	1	1	1	1
Norway	USD mn	2628	2274	2511	2138	2173
	Percentage PSE	66	66	67	64	67
Poland (1)	USD mn	528	1676	2584	997	1447
	Percentage PSE	4	12	19	7	10
Slovak Republic (1)	USD mn	675	292	389	335	151
	Percentage PSE	35	20	25	23	11
Switzerland	USD mn	5063	4480	4889	4356	4214
	Percentage PSE	73	70	72	70	69
Turkey	USD mn	2779	6522	7707	7882	3978
	Percentage PSE	14	21	23	24	15
United States	USD mn	41839	51256	55433	49333	49001
	Percentage PSE	25	23	25	22	21
OECD*	USD mn	238936	248302	272563	241599	230744
	Percentage PSE	38	33	35	32	31

[Zdroj: Lang, Heasman, 2004]

Obr. 6.4: Příčiny a důsledky epidemie obezity



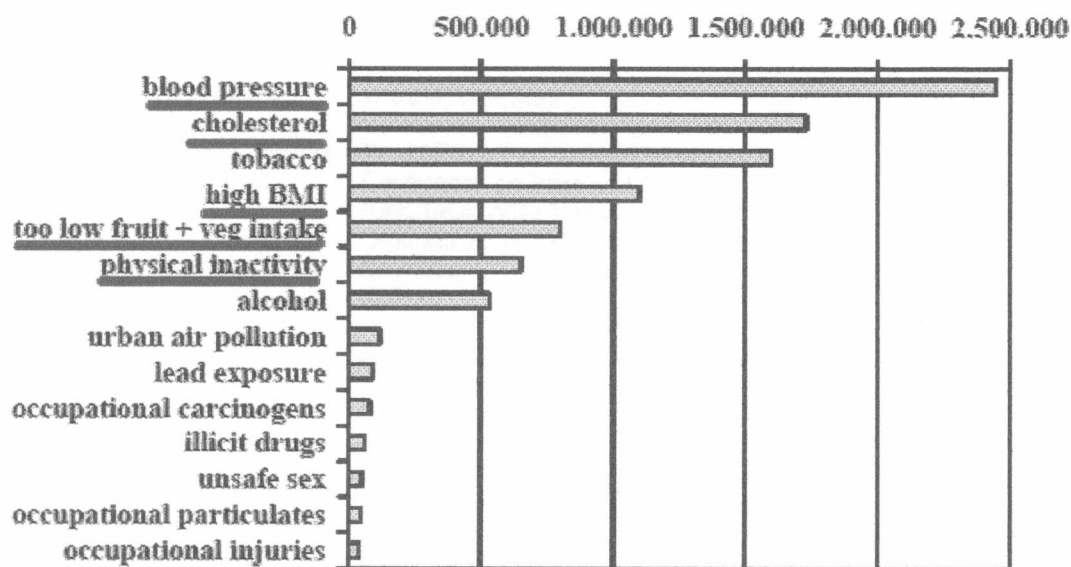
[Zdroj: Roberts, cit. 2006-05-15]

Tab. 6.6: Návrhy Langa a Raynera, jaká opatření by měla být přijata (obecně, nejen u dětí) pro řešení problému obezity:

Sektor	Politický cíl	Příklad akce
Zemědělství	Fair trade / poskytovat vysokou úroveň ochrany zdraví	Redukovat produkci cukru a dotace do zemědělství v oblastech nadprodukce.
	Podporovat vysokou úroveň ochrany zdraví	Zvýšit produkci ovoce a zeleniny
Vzdělání	Zajistit spotřebitelům pravdivé informace	Dobře financované kampaně na podporu zdraví. Zařadit téma výživy do vzdělávací přípravy pedagogů.
	Poskytovat vysokou úroveň ochrany zdraví	Omezit prodej sladkých nápojů ve školách a na veřejných místech
	Zpětná vazba a podpora rodičů	Prověřování váhy školních dětí
Zdravotnictví	Podpora zdraví jako součásti spotřebitelovy volby a jeho optimální informovanosti.	Cíleně poskytovat rady pacientům prostřednictvím lékařů
		Podporovat výzkum cenově dostupných metod redukce obezity
Stravovací provozy	poskytovat vysokou úroveň ochrany zdraví a informovat spotřebitele	Zdravé stravování ve školách, nemocnicích a věznicích
		Aplikovat Eurodiet nutrition guidelines to veřejného stravování
Kultura	Kontrolovat problém u zdroje	Omezit reklamu na vysoce kalorická jídla a nápoje
	Zajistit spotřebitelům přesné informace	Pokud není zakázaná reklama na jídlo, měl by být nařízený stejný čas pro využití tohoto nástroje pro podporu zdraví.
	Informace spotřebitelům	Vyžadovat označení kalorického obsahu
Doprava	Přejít od fosilních paliv k jídlu jako zdroji energie	Podporovat vznik cyklostezek, rekreačních středisek, bazénů, parků a chodníků. Podporovat možnosti cyklistické a pěší přepravy ve městech.
Finance	Podpora zdraví jako části volby spotřebitele	Zvýšit DPH na sladké nápoje
	Zajistit spotřebitelům přesné informace	Zdanit reklamu vysokokalorických potravin
	Přejít od fosilních paliv k jídlu jako zdroji energie	Poskytovat zaměstnavatelům daňové úlevy za to, že budou podporovat zaměstnance ve využívání udržitelných způsobů dopravy
Politická koordinace	Efektivní přenesení důkazů do politiky	Zorganizovat EU summit zaměřený na obezitu (spolupráce EU/WHO). Vytvoření Evropské rady pro výživu a fyzickou aktivitu

[Zdroj: Lang, Rayner, 2005]

Graf 6.11: Úmrtí zapříčiněná vybranými rizikovými faktory (Evropský region WHO)



[Zdroj: Evropská komise, 2005. Upraveno]

Tab. 6.7: Ekonomické náklady obezity a nemocí souvisejících se stravováním, USA

Disease	Direct costs US\$ billion (medical expenditures)	Indirect costs US\$ billion (productivity losses)	Total costs US\$ billion
Heart disease	97.9	77.4	175.3
Stroke	28.3	15.0	43.3
Arthritis	20.9	62.9	83.8
Osteoporosis	n.a.	14.9	14.9
Breast cancer	8.3	7.8	16.1
Colon cancer	8.1	n.a.	8.1
Prostate cancer	5.9	n.a.	5.9
Gall bladder disease	6.7	0.6	7.3
Diabetes	45.0	55.0	100.0
Obesity	55.7	51.4	107.1
		Total =	561.8

[Zdroj: Lang, Heasman, 2004]

Tab. 6.8: Globální instituce s možností zasahovat do oblasti stravování a zdraví

Remit	Examples of organizations/bodies
Public health	WHO, FAO
Children and health	UNICEF, UNESCO
Global economic bodies with health impact	World Bank, International Monetary Fund, UN Conference on Trade and Development (UNCTAD), WTO, World Intellectual Property Organization (WIPO), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
Intergovernmental agreements with a health impact	Bio-safety Convention, International Conference on Nutrition, Basel Convention on Hazardous Waste
Emergency aid	World Food Programme, International Committee of the Red Cross/Crescent
Environmental health	Global Panel on Climate Change, UN Conference on Environment and Development (UNCED), International Maritime Organization
Commercial interests	International Chamber of Commerce, transnational corporations, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations
Regional bodies with health role	European Union, Regional Offices of the WHO and FAO
Trade associations	International Hospitals Federation
Networks to promote public health	Healthy Cities Network (WHO), International Baby Food Action Network (IBFAN), Local Agenda 21 Network, Pesticides Action Network, Tobacco Free Initiative (WHO)
Professional associations	International Union of Health Education
Non-governmental organizations	Greenpeace, Friends of the Earth, Oxfam, Médecins sans Frontières, Médecins du Monde, World Federation of Public Health Associations

[Zdroj: Lang, Heasman, 2004]

Tab. 6.9: Nadváha a obezita dospělých ve státech Evropské unie

Country	Year of Data Collection	Males			Females		
		% BMI 25-29.9	%BMI ≥30	Combined BMI≥25	% BMI 25-29.9	%BMI ≥30	Combined BMI>25
Austria	1999	40	10	50	27	14	41
Belgium	1994-7	49	14	63	28	13	41
Cyprus	1999-2000	46	26.6	72.6	34.3	23.7	58
Czech Republic	1997/8	48.5	24.7	73.2	31.4	26.2	57.6
Denmark	1992	39.7	12.5	52.2	26	11.3	37.3
England	2003	43.2	22.2	65.4	32.6	23	55.6
Estonia (self report)	1994-8	35.5	9.9	45.4	26.9	15.3	42.2
Finland	1997	48	19.8	67.8	33	19.4	52.4
France (self report)	2003	37.4	11.4	48.8	23.7	11.3	36
Germany	2002	52.9	22.5	75.4	35.6	23.3	58.9
Greece	1994-8	51.1	27.5	78.6	36.6	38.1	74.7
Hungary	1992-4	41.9	21	62.9	27.9	21.2	49.1
Ireland	1997-99	46.3	20.1	66.4	32.5	15.9	48.4
Italy (self report)	1999	41	9.5	50.5	25.7	9.9	35.6
Latvia	1997	41	9.5	50.5	33	17.4	50.4
Lithuania	1997	41.9	11.4	53.3	32.7	18.3	51
Luxembourg		45.6	15.3	60.9	30.7	13.9	44.6
Malta	1984	46	22	68	32	35	67
Netherlands	1998-2002	43.5	10.4	53.9	28.5	10.1	38.6
Poland (self report)	1996 Published	n/a	10.3	n/a	n/a	12.4	n/a
Portugal (urban)	2003	n/a	13.9	n/a	n/a	26.1	n/a
Slovakia*	1992-9	49.7	19.3	69	32.1	18.9	51
Slovenia (self report)	2001	50	16.5	66.5	30.9	13.8	44.7
Spain	1990-4	47.4	11.5	58.9	31.6	15.3	46.9
Sweden (adjusted)	1996-7	41.2	10	51.2	29.8	11.9	41.7

Age range and year of data in surveys may differ. With the limited data available, prevalences are not age standardised. Self reported surveys may underestimate true prevalence. Sources and references are available from the IOTF database. © International Obesity TaskForce, London - March 2005

* - Slovakia: IOTF estimate based on measured data.

[Zdroj: Lobstein, 2005]

Vendula Králová
3. ročník ISS FSV UK

Projekt bakalářské práce

SOCIÁLNÍ PŘÍČINY A DŮSLEDKY DĚTSKÉ OBEZITY

Jméno konzultanta: MUDr. Petr Háva, CSc.

KVSP ISS FSV UK

V Praze dne 20.4.2006

Podpis studentky

Podpis konzultanta

Formulace poznávacího problému

Obezita se stává ve vyspělých zemích významnou hrozbou veřejného zdraví a zároveň ekonomickou zátěží. Především WHO již takřka 50 let varuje, že celosvětově

trpí populace vyspělých států nadváhou nebo obezitou. Celkem jde o 1,3 – 1,7 miliardy lidí a tento počet neustále stoupá. Obezita je přitom příčinou řady závažných onemocnění [podle Lang, T., Rayner, G., 303]

Mnoho nemocí spojovaných s obezitou dospělých lze nyní častěji spatřovat také u dětí. Obezita ovlivňuje mnoho tělesných systémů a dětská obezita urychluje jejich poškození [Paxson, C. et al., 8].

Důvodem, proč je nezbytné se zabývat již dětskou obezitou, je, že lidé trpící nadváhou a obezitou v dětství jsou často obézní i v dospělosti, kdy je pak mnohem obtížnější se jí zbavit. Přestože dochází k pokroku ve vývoji nových léků a metod pro potlačení obezity, tyto procedury jsou nákladné a neřeší všechny problémy. **Léčba samotné obezity** je nákladná. Výroba takových léčiv je vnímána jako kontroverzní alternativa. Mnohem důležitější prioritou jsou proto **primární odvratitelné příčiny**

obezity. Z hlediska veřejné politiky jde pak především o **společenské příčiny** obezity (zemědělské politika zaměřená na nadprodukcii potravin, omezení aktivního pohybu v důsledku sedavého zaměstnání, reklama podporující spotřebu potravin, složení potravin – záměrně nadměrný obsah cukrů nebo tuků v některých typech potravin, selhání mechanismů ochrany spotřebitele v souvislosti s rychlým uvolněním trhu např. při ekonomické integraci EU – volný pohyb zboží). Prevence obezity v dětství je jedním z klíčových úkolů veřejných politik s cílem redukce zdravotních a ekonomických zátěží s ní spojených. [Paxson, C. et al., 5].

Nemoci související s obezitou

- vysoký krevní tlak
- vysoká hladina cholesterolu
- diabetes 2. typu
- ischemická choroba srdeční
- angina pectoris
- srdeční selhání
- mozková cévní příhoda
- žlučové kameny, záněty žlučníku
- dna
- zánět kloubů
- chronická obstrukční plicní nemoc
- některé typy rakoviny
- komplikované těhotenství
- špatné reprodukční zdraví žen
- močové inkontinence
- ledvinové kameny
- deprese, poruchy příjmu potravy

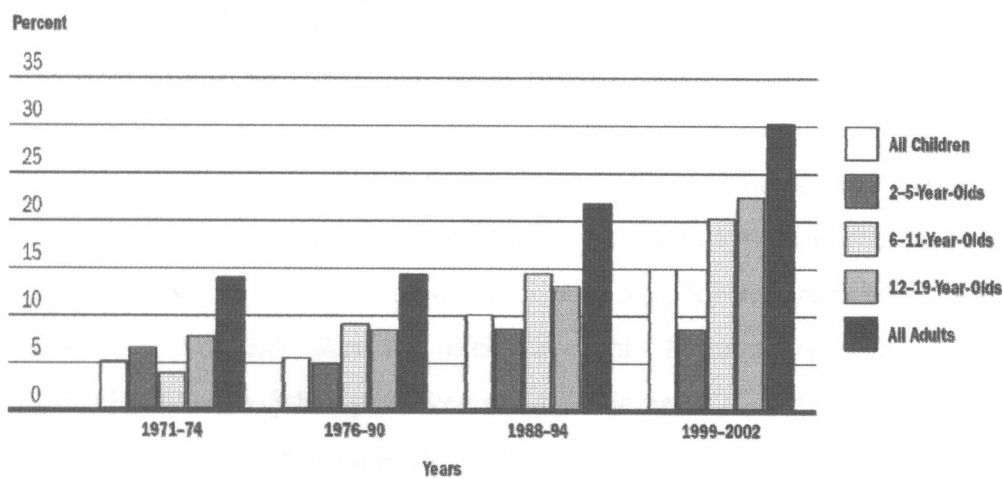
Nejedná se jenom o zdravotní důsledky. The International Obesity Taskforce, organizace spolupracující s WHO a dalšími nevládními organizacemi, upozorňují, že **2 až 8 % výdajů na zdravotní péči souvisí s obezitou** [Byrne, D., 16]. K tomu je nutné

přičíst sníženou produktivitu a další nepřímé výdaje. S použitím těchto údajů lze roční náklady na důsledky obezity v ČR odhadovat na několik miliard korun.

Obezita se obvykle definuje na základě Body Mass Indexu (BMI), jehož hodnota se počítá jako váha v kilogramech vydělená druhou mocninou výšky v metrech. Výsledné číslo určuje váhovou kategorii. Hodnoty jsou následující (podle <http://cs.wikipedia.org/wiki/Obesita>): „Osoba s BMI přes 25 kg/m^2 je považována za osobu s **nadváhou**; BMI přes 30 kg/m^2 je považováno za obezitu. Další limit při 40 kg/m^2 je identifikován jako naléhavý risk nemoci. Americký Institut pro výzkum rakoviny považuje BMI mezi 18,5 a 25 za ideální cíl zdravé osoby.,,

V posledních desetiletích dochází k nárůstu počtu obézních, jak ilustruje následující graf (situace v USA) a další údaje v příloze č. 1.:

Figure 1. Percentage of U.S. Population That Is Obese



Source: Authors' calculations from National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES).

[zdroj: Paxson, C., 23]

V Evropě není situace tak dramatická jako v USA, protože obezita nepostihuje tak vysoké procento lidí, přesto je alarmující, že počet obézních v posledních desetiletích stále stoupá. Zásadní je, že trend je stoupající nejen v dospělé populaci, ale i v dětské. Například v České republice došlo k nárůstu počtu obézních dětí na 15% oproti 8% před 30 lety. [Projekt podpory zdraví Štíhlejší a zdravější děti 21. století, B2].

Obezita má podobně jako kouření v důsledku vzniku vyšší potřeby a spotřeby zdravotní péče ekonomické důsledky charakteru negativní externality (Samuelson, 1991; 969)⁶ Jednání a vývoj v oblasti tabákového a potravinového průmyslu ve spojení s reklamou vedou ke společensky závažným důsledkům včetně jejich ekonomické dimenze. V obou případech představují náklady na léčbu důsledků obezity nebo kouření významný % podíl nákladů z celkových nákladů na zdravotnictví. V případě obezity se pohybuje tento podíl v rozmezí 2 až 8% celkových nákladů na zdravotnictví.

Po druhé světové válce ze zemědělské politiky zaměřily na rostoucí produkci klíčových komodit, což bylo reakcí na nedostatek během války. Potravinové společnosti a zemědělci byli podporováni ve výrobě většího množství produktů s tím cílem, aby byly potraviny dostupné spotřebitelům. Do tohoto průmyslu se zapojila další odvětví, např. dopravci, media, reklamní společnosti a další, mající zájem na udržení této úrovně.

Společná zemědělská politika (CAP) spotřebovala největší náklady v EU během několika desetiletí díky dotacím, které v roce 2000 dosáhly poloviny celkového rozpočtu EU. Dochází k nadvýrobě kalorií, jejichž produkce se v původních 15 zemích EU od roku 1961, kdy tvořila 2984 na osobu za den, zvýšila na 3505 v roce 2001, tedy nárůst o 17%. Také se změnilo složení potravy směrem k větší konzumaci živočišných výrobků. Důkazem nízkého zájmu o zdraví je to, že CAP dotovala tabákovou produkci, přestože byl prokázán škodlivý efekt kouření. Potravinový sektor je největším evropských odvětvím, jehož produkce se odhaduje na 572 mld.€. S 11,5% zaměstnanců je třetím největším zaměstnavatelem v EU.

V důsledku alarmující situace v USA začal evropský potravinový průmysl brát obezitu jako závažný problém. V letech 2002 a 2003 byly provedeny studie, které uvedly, nakolik největší evropští producenti produkují potraviny, které jsou méně než zdravé, čímž se hrozba obezity stala živoucí i pro Evropu. Na základě doporučení

⁶ Samuelson, P.A., Nordhaus, W.D. *Ekonomie. Svoboda*, Praha 1991

Externalita – činnost, která ovlivňuje pozitivně nebo negativně jiné subjekty, aniž za to musí platit nebo jsou za tuto činnost odškodňováni. Externality se objevují, když se soukromé náklady nebo přínosy nerovnájí společenským nákladům nebo přínosům.

orgánů EU dochází k postupnému začleňování a podpoře nízkotučných a "zdravých" produktů na trh s potravinami. Některá odvětví, například producenti cukru a slazených nápojů, však opatření přijímají neochotně.

Evropský přístup k veřejnému zdraví vznikl v 19. století (Londýn, Paříž, Berlín) a vyvinul se jako profesionálně organizovaný soubor dovedností. Podpora a ochrana veřejného zdraví vytvořila specifické organizace a byla spojena s životním prostředím a infrastrukturou příznivou pro zdraví. Tato klasická koncepce řadila veřejné zdraví mezi klíčové funkce státu, tedy mezi obranu, vzdělání, právní systém a občanský pořádek.

Tento systém nebyl schopen předcházet vzniku a šíření neinfekčních nemocí, jakou je obezita. V roce 1986 byla proto WHO přijata Ottawská charta, která určila obecný model podpory zdraví. Ta jako první dala rovnocenný důraz na prevenci na úkor léčby, stejně jako na tvorbu politik, akce na komunitní úrovni, zdravé životní prostředí a osobní charakteristiky. Tento přístup, zdůrazňující prevenci, byl nazván nové veřejné zdraví. Výstupy Ottawské charty se ale nepodařilo začlenit do praktické politiky členských států.

Je nutné zmínit, že **veřejné zdraví je na úrovni EU relativně nová oblast.** Do roku 1992 se tato tematika přenechávala na úrovni států. V roce 1992 byla přijata **Maastrichtská dohoda**, jejíž **článek 129** uvádí, že podpora zdraví by měla být na vysoké úrovni a měla by se stát součástí ostatních politik Společenství.

Amsterdamská smlouva z roku 1996 kladla na zdraví ještě silnější důraz. **Článek 156** rozšířil kompetence EU z "podpory" zdraví na jeho "ochranu". Výsledkem je pokrok ve společných akcích v zájmu zvýšení veřejného zdraví, prevence nemocí a zabránění zdrojům nebezpečí pro lidské zdraví.

Následují diskuse o konkrétních opatřeních na různých úrovních, protože žádná z předchozích smluv neměla velký efekt na ochranu zdraví. Pro boj s obezitou je nutné zapojit všechny úrovně vládnutí. Globální (OSN, Světová banka), evropskou (EU, OSN), národní (parlamenty, občanský sektor), regionální, lokální (místní orgány). Protože obezita je problém související s mnoha oblastmi, je vhodná akce v oblasti

zemědělství, vzdělání, zdravotnictví, kultury, dopravy, financí, politické koordinace, zajišťování stravy.

Struktura práce:

1. Vymezení poznávacího problému

Význam obezity z celosvětového hlediska, nárůst počtu lidí s nadváhou a obézních mající charakter „epidemie“. Rozvoj poznání kauzálních vztahů individuálních a společenských příčin obezity otevírá nové možnosti přístupů k veřejnému zdraví a podpoře zdraví s cílem efektivnější kontroly vývoje chronických nemocí, u nichž je obezita jedním z významných rizikových faktorů. Související zdravotní a ekonomické důsledky jsou výzvou k tvorbě a realizaci efektivních politických opatření. Díky souvislému a dlouhodobému úsilí četných nadnárodních alarmujících aktivit (WHO, IOTF) je sice obezita vnímána stále více jako závažný společenských problém, avšak tvorba a realizace odpovídajících politik se dostává ve vyspělých státech do střetu se silnými zájmy v oblasti výroby potravin, dotačních programů v oblasti zemědělské politiky. V současnosti jsme svědky diskusí v rámci produkčního potravinového paradigmatu, paradigmat z oblasti přírodních medicínských věd a paradigmat environmentálních (životního stylu). Významným východiskem je zjevně přehodnocení dosud dominantního postavení produkčního paradigmatu [Lang, Heasman, 2004].

2. Cíle práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem práce je diskuse příčin a důsledků obezity u dětí v širším společenském kontextu. Důraz je kladen na specifikaci zátěže zdraví populací obezitou jako nemocí a s ní dalšími souvisejícími nemocemi (komorbidita). V rovině příčin jsou významnými faktory vývoj produkce potravin, zemědělské politiky, vlivu reklamy a jednání podnikatelských subjektů v těchto oblastech. V současnosti jsou diskutovány a objektivizovány dva významné okruhy: (1) nadprodukce potravin ve vyspělých státech, snížená pohybová aktivita a nepřiměřená spotřeba potravin s důsledky ve vývoji obezity, (2) možnosti řešení problému/epidemie obezity cestou tvorby souvisejících

veřejných politik a podpory zdraví. V kontextu těchto dvou okruhů jsou formulovány otázky jakou hrozbu představuje vývoj obezity v posledních 30 letech jak pro vývoj nemocnosti, tak zejména ekonomických důsledků rozvoje těchto chronických onemocnění. Druhou otázkou je, jaké jsou naše současné možnosti tvorby a implementace souvisejících veřejných politik na jednotlivých úrovních (nadmárodní – UN, EU, WHO, národní, regionální a lokální), jak se daří takové politiky formulovat a implementovat v EU, ČR.

3. Teoretická východiska

Teoretická východiska práce jsou založena na následujících konceptech: (1) Determinanty zdraví, (2) nemoc, (3) podpora zdraví (health promotion), veřejné zdraví (public health) a investice do zdraví (investment in health) [Suhrcke et al., 2005], (4) veřejná politika, (5) v oblasti ekonomie jde o produkční ekonomické paradigma, tržní produkce, selhání trhu, regulace podnikatelského jednání, externality), (6) kvalita života, životní styl.

4. Metodický přístup

Vzhledem k tomu, že se jedná o multidimenzionální společenský problém jde především o kombinaci několika metod analýzy veřejné politiky (analýza společenského problému a jeho objektivizace s využitím dostupných statistických dat, analýzy dokumentů EC, WHO, souhrn poznatků z publikací v odborných časopisech) [Weimer, Vining, 1992, Veselý, 2005]. Je analyzována role a odpovědnost významných aktérů (např. WHO, IOTF, EU) [Howlet, Ramesh, 1995].

Vývoj problému obezity (epidemie obezity) je srovnáván v několika státech. Zejména pak jsou srovnávány USA a EU. Zatímco WHO je příkladem aktivujícího aktéra, upozorňujícího na problém (role think tanku), EC již představuje aktéra s kompetencemi v oblasti tvorby politik, přijetí závazných rozhodnutí s možnostmi jejich implementace v praxi. Vstupní analýzy problému obezity (příčiny, důsledky) jsou doplněny diskusí návrhů možných přístupů a politik k řešení problému v rámci relevantních veřejných politik (zemědělská, vzdělávací, zdravotní), různých rovin vládnutí (globální, nadnárodní/EU, národní, regionální/lokální). [Lang, T., Rayner, G., 314-320]

Data pro tuto práci jsou získána ze zdrojů IOTF (www.iotf.org), Centers of Disease Prevention (USA), WHO, EU Platform on Diet, Physical Activity and Health a článků v odborných časopisech.

5. Samotný text práce – analýza tématu na základě stanovených cílů a otázek

- Obezita jako nemoc, další související nemoci (komorbidita)
- Společenské a individuální příčiny obezity – obecně a u dětí
 - Produkce potravin, omezená fyzická aktivita
 - Vývoj dětské obezity a její příčiny, rizikové faktory
- Hodnocení zátěže zdraví společnosti obezitou
- Ekonomické důsledky obezity
- Možnosti léčby a prevence (podpora zdraví, programy)
- Odezvy veřejné politiky na společenský problém obezity včetně jejích závažných důsledků
 - Klasifikace a role zúčastněných aktérů
 - Význam WHO, EU, EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, International Obesity Task Force (IOTF)
 - Analýza dokumentů WHO a EU

6. Závěry

Společenská významnost vývoje obezity v posledních 30 letech jako rizika chronické nemoci a nákladů na její léčbu. Možnosti odvrácení a kontroly těchto rizik a jejich důsledků. Role procesů tvorby a realizace souvisejících veřejných politik.

7. Seznam použité literatury a zdrojů, přílohy

BYRNE, David. The EU and the obesity epidemic. *Eurohealth* [online]. 2003, vol. 9, no. 1 [cit. 2006-04-19], s. 16-17. Dostupný z WWW: <http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroHealth9_1.pdf>. ISSN 1356-1030.

Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva : WHO, 2003. 149 s. ISBN 92 4 120916 X.

DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, Věra. *Lidé a jídlo*. Praha : ISV, 1999. 182 s. ISBN 80-85866-41-2.

EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper. Prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity. March 15 2005, Brussels

FABICHOVÁ, Kateřina. Hodnocení obezity u dětí a její léčba. *Zdravotnické noviny* [online]. 2005. Dostupný z WWW: <<http://www.zdn.cz/detail.htm?id=45499>>.

FOŘT, Petr. *Stop dětské obezitě*. Praha : Euromedia Group - Ikar, 2004. 206 s. ISBN 80-249-0418-7.

FRAŇKOVÁ, Slávka. *Výživa a psychické zdraví*. Praha : ISV, 1996. 271 s. ISBN 80-85866-13-7.

HAWKES, Corinna. *Marketing Food to Children: the Global regulatory Environment*. [s.l.] : WHO, 2004. 75 s. ISBN 92 4 159157 9.

Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice. Kostelec nad Černými Lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 62 s. Dostupný z WWW: <<http://www.izpe.cz/files/vysledky/131.pdf>>. ISBN 80-86625-14-1.

HOWLETT, Michael, RAMESH, M. *Studying Public Policy : Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford : Oxford University Press, 1995. 239 s. ISBN 0-19-540976-0.

LANG, Tim, RAYNER, Geof. Obesity: a growing issue for European policy?. *Journal of European Social Policy* [online]. 2005, vol. 15, no. 4 [cit. 2006-04-19], s. 301-327. ISSN 0958-9287

LANG, Tim, HEASMAN, Michael. *Food war : The global Battle for Mouths, Minds and Markets*. London : Earthscan Publications, 2004. 365 s. ISBN 1-85383-702-4.

LISÁ, Lidka, DROZDOVÁ, Věra, KŇOURKOVÁ, Marie. *Obezita v dětském věku*. Praha : Avicenum, 1990. 143 s.

PAXSON, Christina, et al. *The Future of Children: Childhood Obesity* [online]. 2006, vol. 16, no. 1 [cit. 2006-04-19]. ISSN 1550-1558.

The European Health Report : Public health action for healthier children and populations. [s.l.] : WHO, 2005. 129 s. ISBN 92-890-1376-1.

SUHRCKE, Marc, et al. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2005. 134 s. ISBN 92-894-9829-3.

WEIMER, David L., VINING, Aidan R. *Policy Analysis : Concepts and Practice*. 2nd edition. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall, 1992. 424 s. ISBN 0-13-683145-1.

POTŮČEK, Martin, et al. *Zrod teorie veřejné politiky v České republice*. Praha: Institut sociologických studií v nakladatelství Vesmír, 1994. 99 s. ISBN 80-901131-6-8.