

Univerzita Karlova v Praze
Přírodovědecká fakulta
katedra sociální geografie a regionálního rozvoje

Karolína Kunftová

**ZDRAVOTNĚ-RIZIKOVÉ FORMY CHOVÁNÍ,
VYBRANÉ ZEMĚ EVROPY**

Diplomová práce

Praha 2008

Vedoucí diplomové práce: Doc. RNDr. Dagmar Džúrová, CSc

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů a dat.

V Praze dne 4.5. 2008

Karolína Kunftová

Ráda bych poděkovala Doc. RNDr. Dagmar Džúrové, CSc. za trpělivé vedení, odborné rady a připomínky, bez kterých by tato práce vznikla jen stěží. Moje poděkování dále patří Mgr. Michale Lustigové a Bc. Janu Holubovi. V neposlední řadě pak děkuji rodině a přátelům za podporu.

Obsah

1. Úvod:	7
1.1 Struktura práce.....	8
1.2 Cíle.....	10
2. Východiska práce.....	10
2.1 Vymezení a definice základních pojmů.....	10
2.2 Diskuze s literaturou.....	19
2.2.1 Kouření.....	22
2.2.2 Konzumace alkoholu	27
2.2.3 Sebevražedné chování	28
2.3 Charakteristika vybraných ukazatelů.....	31
2.3.1 Ukazatele kouření.....	32
2.3.2 Ukazatele konzumace alkoholu.....	32
2.3.3 Ukazatele sebevražedného chování.....	33
2.3.4 Socio-ekonomické ukazatele.....	34
2.4 Diskuze zdrojů dat.....	35
2.5 Metodická část.....	37
3. Celospolečenský vývoj vybraných zemí v období transformace.....	38
3.1 Bulharsko	38
3.2 Chorvatsko	41
3.3 Česká republika.....	43
3.4 Rumunsko	47
3.5 Slovensko.....	49
4. Analýza vybraných forem rizikového chování.....	52
4.1 Rizikové chování vybraných zemí Evropy.....	50
4.1.1. Kouření cigaret.....	53
4.1.2. Konzumace alkoholu.....	60
4.1.3. Sebevražedné chování.....	67

4.2. Typologie zemí Evropy.....	73
4.2.1 První období.....	74
4.2.2 Druhé období.....	77
4.2.3 Třetí období.....	83
4.2.4 Shrnutí.....	89
5. Diskuze.....	91
6. Závěr.....	95
Literatura a zdroje informací.....	98
Seznam použitých zkratk.....	106
Seznam tabulek, obrázků a grafů.....	107
Přílohová část.....	109

Abstract

The aim of this graduation thesis was to assess and describe risk behaviour in European countries with focusing upon the five countries that experienced a transition process at the end of the last century. Given the ongoing process of socio-economic transformation significant changes in life style and health can be expected in the Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Romania and Slovakia. The graduation thesis compared a situation in the five assessed countries under consideration and other European countries based on risk behaviour indicators.

The first attention was given on a description and a classification of risk behaviour in general during period 1980-2005. The main part includes typology of European countries based on chosen indicators of risk behaviour. The aggregate data was taken over from World Health Organization in case of substance use (smoking and alcohol) and suicide. We decided for the Cluster analysis for the typology purpose and representing years 1985, 1995 and 2002. In case of smoking were selected: % of regular daily smokers in the population age over 15, number cigarettes consumed per person per year and death rate from selected smoking related causes per 100,000 inhabitants. In case of alcohol problems: pure alcohol consumption in litres per capita, road traffic accidents involving alcohol per 100,000 inhabitants and death rate of alcohol related causes per 100,000 inhabitants. The third category was phenomena of suicide: death rate from suicide and self-inflicted injury, the age category 0-64 per 100,000 and over 65 years. The socio-economic situation was assessing from: unemployment rate in %, Human Development Index and Gross National Product in USD per capita. A division of European countries into four or five member groups was a result of Cluster analysis. The number of countries in each group changed in time and depended on developing degree of an individual country situation. In summary it is possible to find that the risk behaviour was higher before the transition in the former communism countries compared with Western-Europe countries. Our five selected countries shared the same development because of a common past in the first two assessed years. Whereas the risk behaviour indicators decreased in Western and Southern Europe during the transition age the five chosen countries showed a significant increase of smoking and alcohol indicators. The five countries under consideration showed different success in the social-economical transition. The frequency of the risk behaviour indicators significantly increased after 2000 in all countries under the consideration. Despite of expectancy the suicide rate decreased regularly during the whole monitored period in whole European countries.

1. Úvod

Dobrý zdravotní stav, jak z hlediska fyzického, tak duševního, je jedním ze základních požadavků pro rozvoj společnosti, kde hraje rozhodující roli v mnohostranném rozvoji osobnosti. Poslední dobou je zdraví stále více považováno za měřítko vyspělosti společnosti, ať už se jedná o humanitní, ekonomický, či politický rozměr. Cesta ke zvyšování zdraví celé společnosti vede přes zdraví jednotlivců, proto se otázky zdraví jedince i celé společnosti dostávají do popředí zájmu mnoha vědních oborů, individuálních aktivit, ale i státních politik a strategií.

Během konce minulého století celý svět prodělal řadu významných a nevratných změn, které nepopíratelně ovlivňují jak duševní i fyzické zdraví populace. Na jedné straně došlo v evropských zemích ke zlepšení zdravotní péče i zdravotního stavu obyvatelstva, na straně druhé se stal životní styl mnohých velmi hektickým a stresujícím ve světle moderní a dynamicky se rozvíjející společnosti. Pro Bulharsko, Chorvatsko, Českou republiku, Rumunsko a Slovensko to byl čas důležitých celospolečenských změn. Transformační období 90. let dvacátého století byla doba zásadních společenských a ekonomických přeměn, které se významně dotýkaly každého jedince i celé společnosti. Mluvíme-li o transformaci, máme na mysli historický proces zcela zásadních změn poměrů, které panovaly v průběhu komunistického režimu v řadě evropských států. V zemích bývalého socialistického bloku, kde proběhla ekonomická a sociální transformace společnosti, se prokázalo, že změny mají významný vliv na život člověka, na jeho duševní i fyzické zdraví. Člověk je pouze do určité míry schopen se výrazným a náhlým změnám přizpůsobit, akceptovat je a adaptovat se. Transformační společenské změny přináší evropské populaci řadu nových negativních fenoménů: nepřipravenost zvládat nové stresové situace v zaměstnání, podnikání s možností bankrotu, konkurence, nezaměstnanost, rekvalifikace, či rostoucí rozdíly životní úrovně. Populace se musela vyrovnat se změnami a začít se orientovat v nových podmínkách. Avšak i v minulém společensko-politickém režimu působily na zdraví jedince zátěžové faktory: zejména pocit nesvobody, nedostatek dlouhodobých osobních perspektiv, strach a přetvářka, duševní napětí a permanentní stresy. S tím taktéž souvisí zvyšování míry sociální patologie, nejčastěji se vyskytující právě ve formě četnějších projevů rizikového chování (Smolová, E., 1999). V kategorii rizikového chování je nejčastěji uvažováno kouření nebo jiný způsob konzumace tabákových produktů, nadměrná konzumace alkoholických nápojů či návykových

látek, agresivní chování, šikana, vandalismus, rizikové-sexuální chování a spousta dalších forem způsobující poškození jedince i společnosti. Pro tento výzkum byly vybrány projevy rizikového chování: kouření, nadměrná konzumace alkoholu a sebevražedné jednání. Sebevražedné jednání není typickým projevem rizikového chování, ale může být dobrým ukazatelem zdravotního stavu a životních podmínek společnosti. Výše zmíněné projevy chování jsou nezpochybnitelně ovlivňovány okolím každého jedince, ať už se jedná o rodinné zázemí, finanční zajištění, nebo situaci v daném státě. Proto předkládaná práce hledí na širokou škálu faktorů, které ovlivňují výskyt rizikového chování. Váha vnějších faktorů je důležitá a vztahy natolik provázané, že se tato diplomová práce bude věnovat sociálně-ekonomickému kontextu. Za účelem hodnocení vývoje rizikového chování bylo vybráno období před, v průběhu, a po transformaci zemí střední a východní Evropy, které byly do roku 1989 pod komunistickým režimem.

Jelikož na Přírodovědecké fakultě studuji učitelkou kombinací a předmětem mého zájmu jsou lidé a společnost, rozhodla jsem se pro analýzu rizikových forem chování v socio-ekonomickém kontextu v období transformace společnosti.

V průběhu zadávání diplomové práce na naskytla příležitost přispět prací do širšího mezinárodního projektu UC Berkeley s Univerzitou Karlovou v Praze. Jedna část výzkumu je orientována na hodnocení duševního zdraví a jeho determinant ve vybraných státech post-komunistické Evropy (Social Inequalities and Social Determinants of Mental Health). Hlavní roli zde rovněž hrají sociálně-ekonomické faktory, jako je socioekonomický status, nebo sociální kapitál.

1.1 Struktura práce

Předložená magisterská práce je rozdělena do šesti částí. Součástí první kapitoly je tématický úvod s nastíněním problematiky a také popis struktury práce včetně stanovení pracovních cílů.

Druhá část se věnuje otázce rizikového chování, jeho projevům a variantám. Kapitola se rovněž zabývá klasifikací projevů rizikového chování. Současně je zaměřena na všeobecnou charakteristiku problematiky zdraví a rizikového chování. V této části je definován pojem zdraví a vymezeny základní pojmy. Druhá kapitola je rovněž věnována

diskuzi s prostudovanou literaturou na dané téma a rozboru zdrojů dat s popisem práce při získávání údajů ve světových databázích. Uvedena je řada ukazatelů, se kterou jsme se v průběhu sběru informací setkali. Dále je diskutována jejich kompletnost, relevance a výskyt v databázích námi sledovaných států. Kapitola dále popisuje, jak mohou být získaná data využitelná při výzkumu faktorů rizikového chování a zdůvodňuje klíčové rozhodnutí pro proměnné a konkrétní ukazatele. V poslední části této kapitoly je popsána metodika použitá v předkládané práci.

Následující třetí kapitola popisuje vývoj demografické a ekonomické situace v průběhu transformace námi analyzovaných států. Uvedeny jsou hodnoty měnících se socio-ekonomických ukazatelů v souvislostech událostí transformačního období každého z pěti vybraných států. Tato část slouží jako prostředek k pochopení jevů v námi zkoumané problematice rizikového chování, které budou diskutovány v části následující.

Čtvrtá kapitola je stěžejní částí předkládané magisterské práce. V její první části je popisován vývoj tří vybraných projevů rizikového chování v evropských zemích v průběhu let 1980-2005. Hlavní částí této kapitoly, na základě shlukové analýzy, sleduje vývoj rizikového chování obyvatelstva pěti vybraných států Evropy v sociálně-ekonomickém kontextu v období před transformací, v jejím průběhu a po transformaci. V souvislostech se poté pokoušíme vysvětlit řady jevů, které se vyskytly ve vývoji vybraných států. Tato část se zabývá příčinami a společenskými fenomény rizikového chování populace vybraných zemí. Určitý prostor v závěru každé podkapitoly, týkající se konkrétního státu, je věnován srovnání situace bývalého post-komunistického státu se situací ve vyspělé Evropě a zároveň zasazuje situaci do celospolečenského kontextu.

V závěrečných dvou kapitolách jsou popsány a shrnuty nejdůležitější poznatky a diskutovány nově vyvstalé skutečnosti. V poslední kapitole jsou rovněž uvedeny možnosti opatření za účelem omezení projevů rizikového chování.

1.2 Cíle

Na základě dostupných dat provést:

- Porovnání vývoje evropských zemí pomocí vybraných ukazatelů z oblasti rizikového chování a oblasti socio-ekonomické v období 1980-2005
- Typologie zemí Evropy na základě vybraných ukazatelů socio-ekonomických a projevů rizikového chování
- Hodnocení projevů rizikového chování v Bulharsku, Chorvatsku, České republice, Rumunsku a Slovensku

2. Východiska práce

2.1 Vymezení a definice základních pojmů

Při snaze o vymezení pojmu zdraví bylo stanoveno mnoho definic. Nejvíce používanou je ale definice Světové zdravotnické organizace (WHO). Zdraví je zde definováno nejen jako absence nemocí, nebo oslabení, nýbrž jako stav tělesné, duševní a sociální pohody, umožňující rozvinutí rysů jedince v kontextu společnosti (WHO, 1948). V kontrastu tohoto, nemocí můžeme označit objektivně zjiitelnou poruchu zdraví. V trendu současné moderní společnosti je zdraví základním prostředkem pro fungování jedince v každodenním životě. Na zdravý způsob života lze pohlížet jako na systém životních aktivit a společenských vztahů, vytvářejících a posilujících rovnováhu mezi člověkem a jeho prostředím, podporujících adaptaci na podmínky vnějšího prostředí a vedoucí k aktivní účasti na utváření životních podmínek (Dzúrová, D., 1996)

Zdravotní stav je výsledkem dlouhodobého působení více faktorů. Můžeme je rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi faktory vnitřní jsou nejčastěji řazeny genetické předpoklady nebo životní styl. Ekonomická či politická situace daného území, vliv sociálních skupin a zdravotní péče patří mezi faktory vnější.

Pod pojmem rizikové chování rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo

společnost (Miovský, Zapletalová, 2006). Vzorce rizikového chování přitom považujeme za soubor jevů, jejichž existenci a důsledky je možné podrobit vědeckému zkoumání a které lze ovlivňovat preventivními a léčebnými intervencemi (Nešpor, M., 2005). Nejčastěji je do kategorie rizikového chování řazeno: kouření, užívání návykových látek, nadměrná konzumace alkoholických nápojů, nelátková závislost (gambling, problémy spojené s nevládnutým užíváním PC atd.), šikana, obecně kriminální jednání, sexuálně-rizikové chování, vandalismus, xenofobie, rasismus, intolerance a antisemitismus, komerční zneužívání dětí, týraní a zneužívání dětí atd.

Mezi zásadní rizikové faktory související s autodestruktivním chováním osobnosti patří užívání návykových látek vyvolávajících závislost. Tyto látky se dělí podle různých kritérií, nejčastěji podle postoje společnosti, a sice na návykové látky společensky tolerované (legální), jako je tabák, alkohol, léky a látky společensky netolerované (nelegální), jako jsou heroin, pervitin, kokain, marihuana, hašiš a mnoho dalších. Koncem minulého století a především v době transformace, výše zmíněné jevy zaznamenaly nárůst ve většině postkomunistických států. Nejvýrazněji stoupl počet případů u zneužívání návykových látek a to nejvíce u kouření a konzumace alkoholu. Zdravotní následky jednorázových otrav alkoholem i dlouhodobého užívání v nadměrné míře, zneužívání a samotná alkoholová závislost jsou rovněž považovány za projevy rizikového chování.

Výše zmíněné projevy rizikového chování se často vyskytuje spolu s negativními jevy v oblasti partnerských vztahů, jako například předčasný sex a časté střídání partnerů. Oba zmíněné fenomény jsou velmi často doprovázeny negativními projevy chování v psychosociální oblasti, mezi kterými je nutno zmínit hlavně agresivitu, depresi až sebevražedné jednání. Rovněž mohou vést k následné nezaměstnanosti a tím způsobit vstup do začarovaného kruhu rizikového chování, který se následně jen obtížně opouští. To vše je neodmyslitelně spjata se sociální a ekonomickou situací společnosti, což bude předmětem zkoumání této magisterské práce.

Kouření

Ze sledovaných rizikových faktorů se předkládaná práce věnuje nejprve kouření. Kouření cigaret je dlouhodobě známým celospolečenským problémem a jedním z rizikovějších faktorů ovlivňujících zdravotní stav populace. Celá řada vědeckých prací

o škodlivosti užívání tabáku (např. Joossens, L., Raw, M., 2006), prokázala, že dlouhodobé kuřáctví významně zvyšuje riziko vzniku rakoviny plic i chronické bronchitidy a že způsobuje i jiná závažná onemocnění a v konečném důsledku i úmrtí. Kouření spolu s dalším rizikovým faktorem, jako je nadměrná konzumace alkoholu, rovněž zvyšují pravděpodobnost vzniku rakoviny (Sovinová, H., Csémy, L., Sadílek, P., 2003). Na základě výše zmíněných poznatků se odborníci shodují, že zvláštní pozornost je třeba věnovat vzájemnému působení kouření cigaret a spotřebě alkoholu. Tato kombinace rizikových faktorů nemá samozřejmě pouze negativní společenské důsledky, ale především pak ovlivňuje zdravotní stav populace. Třicet procent rakovinových nádorů má totiž na svědomí kouření a dalších třicet procent nevhodné stravovací návyky - tučná strava a alkohol (Kozáková, E., 2007). Kouření cigaret dále významně narušuje duševní zdraví člověka, vyvolává řadu onemocnění a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek, respektive kuřáctvím. Tato, celkově vzato, zbytečná úmrtí alarmují vědeckou společnost k dalšímu zkoumání a přijímání účinných opatření vedoucích k poklesu uživatelů tabáku.

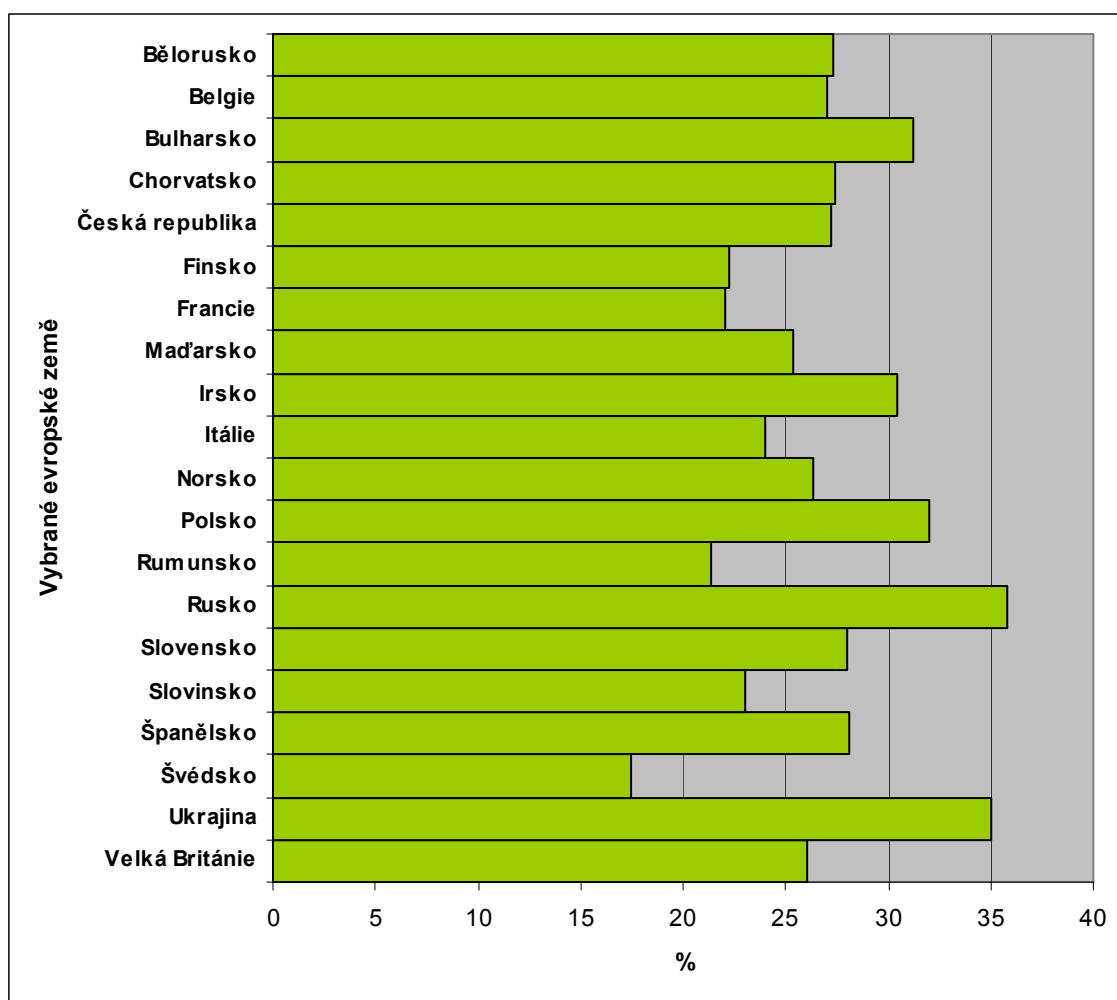
Kouření cigaret představuje závažný problém pro populace všech zemí světa, ale především pro námi sledované státy regionu Střední a Východní Evropy. Protože v řadě vyspělejších zemí EU-15¹ je již delší dobu věnována zvýšená pozornost duševnímu a fyzickému zdraví obyvatel, je i počet pravidelných kuřáků nižší v porovnání s Evropou střední a východní (viz graf 1). Jelikož kouření tabáku je nejčastější příčina předčasných onemocnění a úmrtí, kterým je možno účinně předcházet prevencí, je třeba aplikovat efektivní prevenční programy také v námi sledovaných zemích.

Vlivem propagace tabákových výrobků, se zvyšuje riziko kouření zejména u dětské části populace a u mládeže. Psychosociální podněty poté vedou k tomu, že děti a dospívající mládež začíná kouřit ve stále nižší věku a jako důsledek působení nikotinu na centrální nervovou soustavu se u nich kouření stává návykovým a dříve poté přicházejí zdravotní problémy a onemocnění způsobené poškozením respiračního ústrojí (Anderson, B., et al., 2007). Podle České koalice proti tabáku riziko zdravotního poškození vlivem tabákového kouře není omezeno pouze na kuřáky, ale jsou mu vystaveni i ti, kteří vdechují kouř nedobrovolně – pasivní kuřáci. Kouř vdechovaný pasivním kuřákem je dvojího typu: jednak z doutnajícího konce cigarety a jednak je kouř vydechován kuřákem aktivním.

¹ EU-15 zahrnuje: Rakousko, Belgie, Dánsko, Finsko, Francii, Německo, Řecko, Irsko, Itálii, Lucembursko, Nizozemsko, Portugalsko, Španělsko, Švédsko a Velkou Británii

Ve vzduchu znečištěném tabákovým kouřem bylo prokázáno více než 5,000 látek, které vznikají během procesu hoření. Odhady ale hovoří o tom, že skutečný počet látek obsažených v kouři může být 10-20krát vyšší, tedy více než 100,000 látek (Česká koalice proti tabáku, 2008). V tabákovém kouři je přítomna řada látek, které způsobují závažné zdravotní problémy, patří sem: látky dráždící oči a dýchací systém, toxické látky, mutageny, karcinogeny, reproduktivně-toxické látky. Toxické látky s akutním (tedy okamžitým) efektem zahrnují amoniak, akrolein, oxid uhelnatý, formaldehyd, kyanid, nikotin, oxidy dusíku, fenol, oxidy síry (Žaloudík, J., 2000).

Graf 1 - Pravidelní denní kuřáci cigaret, vybrané země Evropy (v %), 2003



Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2008

Jak uvádí odhad zpráva pro Evropskou unii zpracovaná asociací *The Smokefree Partnership (2008)*: na následky pasivního kouření zemře v Česku ročně přibližně 3,000 lidí. Pasivní kouření na pracovišti podle všeho zapříčinilo v Evropské unii v roce 2002 více než 7,000 úmrtí, zatímco pasivní kouření v domácnosti podle všeho způsobilo dalších 72,000 úmrtí. Mezi zaměstnanci pohostinství v České republice v důsledku expozice tabákovému kouři na pracovišti, zemře každý pracovní den jeden člověk.

Pasivní kouření zvyšuje riziko cévních mozkových příhod (“mozková mrtvice”) až o 82 % a nebezpečí onemocnění rakovinou plic při vystavení pasivnímu kouření, vzrůstá průměrně o 20 %. Infekce dýchacích cest u dětí jsou nejčastějším akutním onemocněním v dětství. Tabákový kouř také zvyšuje riziko infekcí dýchacího systému u dětí a to 1.5 -2krát. Výrazné snížení plicních funkcí (například objem plic) je u dětí, jejichž matky v těhotenství kouřily i u těch, které jsou vystaveny pasivnímu kouření v dětství. Rovněž chronické dýchací obtíže, jako opakovaný kašel, sípot a zvýšená tvorba hlenu, je pozorována často u dětí vystavených pasivnímu kouření, odhaduje se že, těmito obtížemi trpí 1.2 – 2.4krát častěji než děti, které pasivnímu kouření vystaveny nejsou (*The Smoke Free Partnership, 2008*).

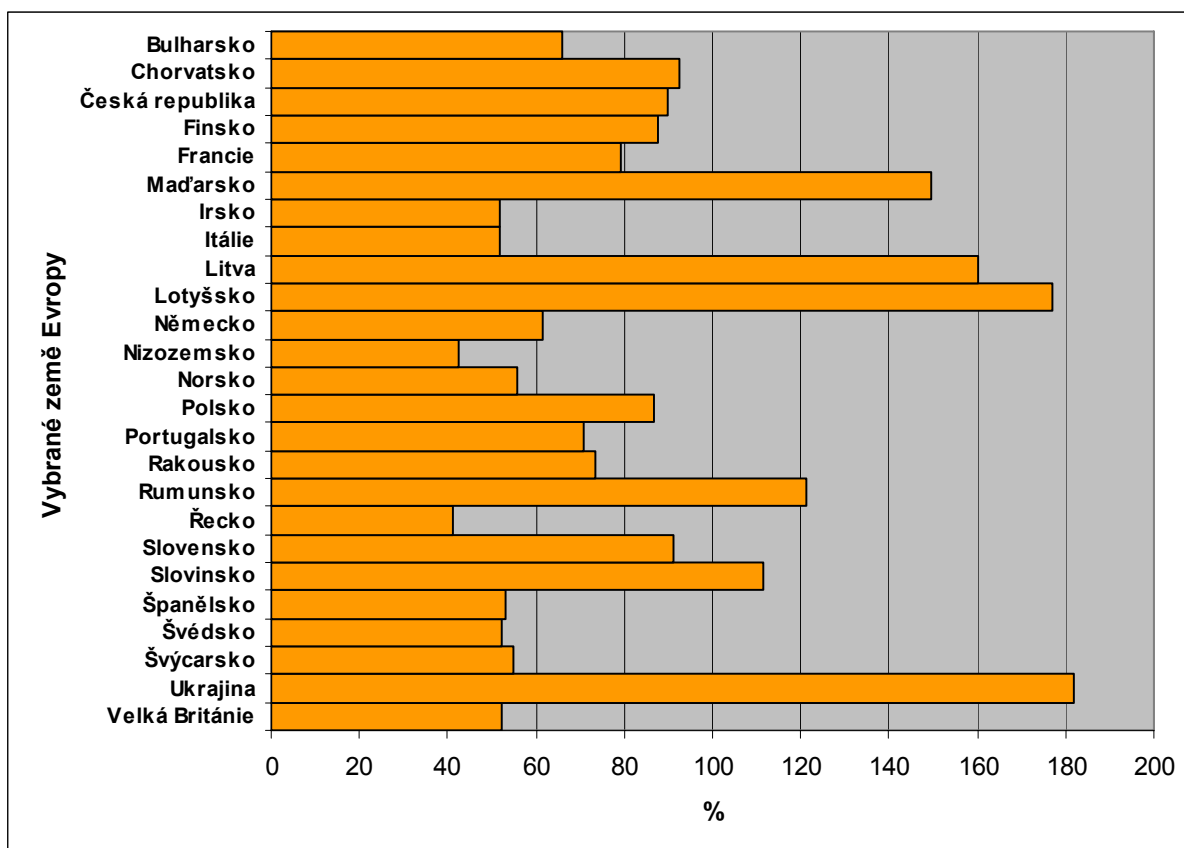
Konzumace alkoholu

Podle studií Světové zdravotnické organizace a Světové banky, patří alkohol mezi všemi návykovými látkami na první místo v počtu ztracených let v důsledku nemoci nebo smrti, způsobené jeho konzumací (Obot, S., Room, R., 2005). Užívání alkoholu podle odhadů celosvětově způsobí v důsledku nemoci a smrti 3.5 % ztracených let produktivního věku. Vyspělé země takto přicházejí přibližně o 9 % produktivních let (Anderson, P., Baumberg, B., 2006). Zároveň bylo v minulosti prokázáno, že přiměřená konzumace alkoholu může mít dokonce na zdraví protektivní účinky (Brick, J., 2003).

Jedním z hlavních ukazatelů dopadu alkoholu na zdraví populace je míra úmrtnosti na nemoci způsobené zvýšenou konzumací alkoholu. Jako příklad můžeme uvést jaterní cirhózu, zhoubné novotvary jícnu, rtu, dutiny ústní či hrtanu. Mezi ostatní nemoci, které by nenastaly, pokud by pacienti nebyli vystaveni spotřebě alkoholu, můžeme považovat alkoholickou psychózu, syndrom závislosti na alkoholu, alkoholickou kardiomyopatie, nebo cévní

onemocnění mozku a mnoho dalších (Global Status Report on Alcohol, 1999). Přestože nadužívání alkoholových nápojů působí značné zdravotní, sociální i ekonomické škody, ve srovnání s kouřením a požíváním jiných návykových látek, je alkohol jako rizikový faktor často přehlížen. Protože vědecká šetření Světové zdravotnické organizace prokázala zvýšenou intenzitu úmrtnosti na nemoci spojené se zvýšenou konzumací alkoholu ve střední a východní Evropě (viz graf 2), cílem práce je pokusit se odhalit příčiny a okolnosti této formy rizikového chování především v námi vybraných státech Evropy. Nadměrná úroveň úmrtnosti je však pouze jedním z řady důsledků konzumace alkoholu. Ve studii K. Vrány, zabývající se vlivem konzumace alkoholu na míru úmrtnosti, ke škodám způsobeným konzumací alkoholu, patří například i zkrácení produktivního života či nezaměstnanost. Alkohol ovlivňuje přímo také zdravotní, právní a sociální systémy států a mezi návykovými látkami patří k těm nejdražším, co se týká výše vynaložených prostředků na vyrovnání se s nepříznivými důsledky jeho zneužívání (Vrána, K., 2007).

Graf 2 – Míra úmrtí na nemoci způsobené nadměrnou konzumací alkoholu, vybrané země Evropy (na 100,000 obyvatel), 2003



Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2007

Třebaže má konzumace alkoholu řadu příjemných stránek, alkohol také zvyšuje riziko výskytu řady škod v sociální oblasti, obecně v závislosti na jeho dávkách. Obecně platí, že čím vyšší je spotřeba alkoholu, tím závažnější je trestný čin nebo škoda způsobená na zdraví. Obsah zkonsumovaného alkoholu, frekvence jeho požívání a intenzita občasného nadměrného pití – to vše nezávisle na sobě zvyšuje riziko vzniku násilí (Anderson, P., Baumberg, B., 2006).

Zvláštním výrazem v problematice konzumace alkoholu je takzvané „binge drinking“. Tento výraz popisuje nárazovou konzumaci alkoholu, například během jedné příležitosti vedoucí k intoxikaci. Často se však ve vědeckých člancích objevují i konkrétní množství požitého alkoholu, vedoucí ke stavu opilosti. V současnosti se usuzuje, že nárazové pití je závažnějším problémem než pravidelná nadměrná konzumace alkoholu. Nárazové pití se také častěji vyskytuje u nižších socioekonomických skupin (Global Status Report on Alcohol, 1999).

Ačkoliv se tato práce nebude zabývat problematikou drogové závislosti, v kontextu s ostatními projevy rizikového chování ji alespoň stručně zmíníme. K dalším projevům rizikového chování řadíme užívání blíže nespecifikovaných látek způsobujících závislost. Mezi látky podobného charakteru jsou řazeny drogy. Podle publikace „*Jak jsme na tom se zdravím*“ (Kříž, J., 1997), do konce osmdesátých let bylo nepříliš rozšířené konzumování po domácku vyrobených drog v rámci spíše sociálně izolovaných skupin. Od počátku devadesátých let, v naší sledovaném období transformace, dochází k výrazným změnám v užívání návykových látek. Je pozorován trvalý vzestup užívání omamných a psychotropních látek. Příčinou tohoto nárůstu je stále rostoucí nabídka a dostupnost ilegálních drog: země bývalého evropského komunistického bloku se ze zemí tranzitních stávají zeměmi cílovými, a na straně druhé roste poptávka po drogách především mezi mládeží, jako důsledek celkové liberalizace po roce 1989. Drogy z konopí jsou velmi snadno dostupné na místech, kde se mládež schází za zábavou a výrazně se rozšířila pouliční distribuce heroinu. Věk, ve kterém se začíná dospívající mládež setkávat s drogou se snížil a v devadesátých letech minulého století se pohyboval mezi 13. – 17. rokem. Z Evropské školní studie o kouření, alkoholu a jiných drogách (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD), provedené v roce 2003 vyplývá, že s návykovými látkami má jisté zkušenosti přibližně třetina středoškoláků (Sovinová, Csémy, 1997). V současnosti se drogy stávají vážným sociálním a zdravotním problémem, který ohrožuje základní hodnoty jedince, rodiny i celé společnosti.

Nutno ještě zmínit, že u osob s drogovou zkušeností se častěji vyskytují také jiné formy rizikového chování, nejčastěji právě kouření, nadměrná konzumace alkoholu a rizikové sexuální chování.

Sebevražedné chování

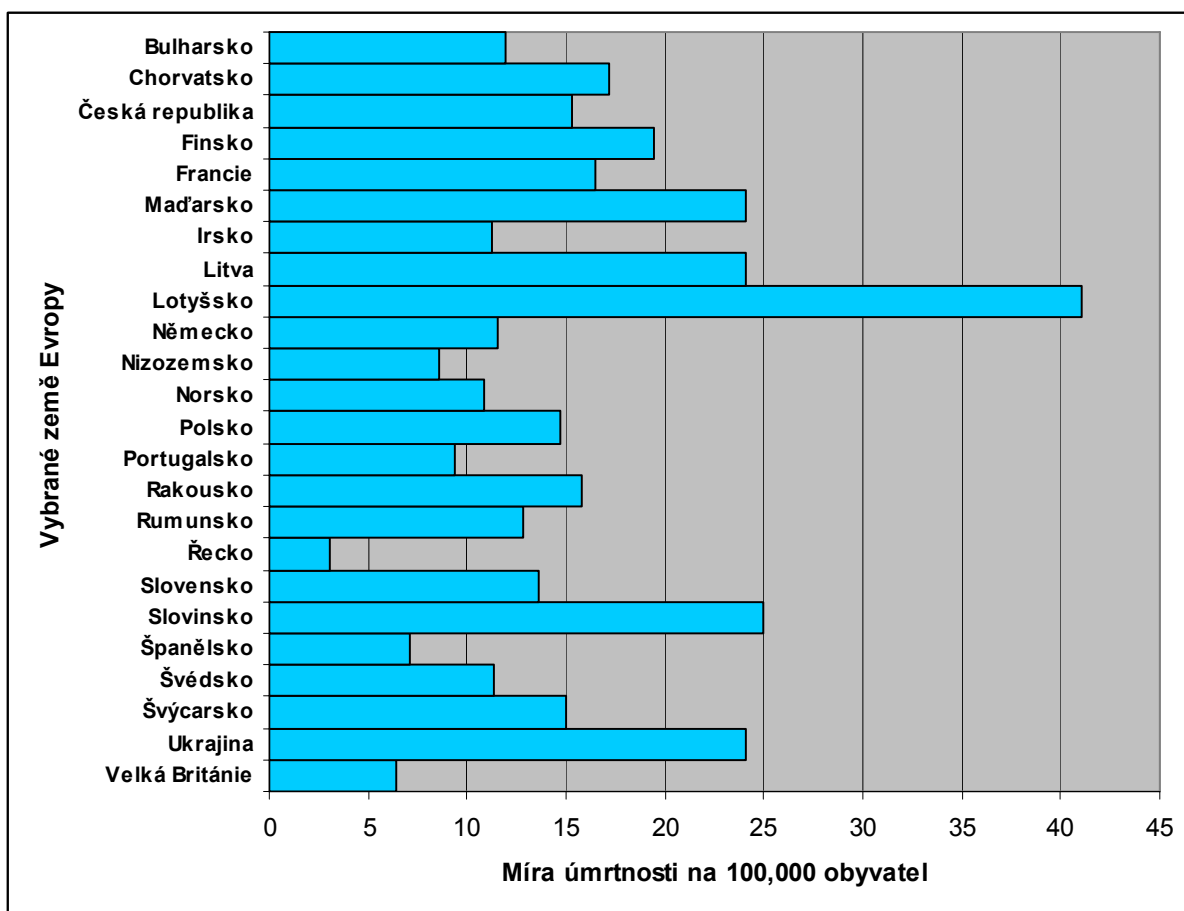
Vedle již zmíněných projevů rizikového chování se tato práce zabývá rizikovým jevem zaměřeným na vlastní osobu, respektive na její poškození. Nejnovější psychiatrické definice pojmu sebevražda hovoří o „vědomém a úmyslném ukončení života.“. Smrt se prohlašuje za sebevraždu tehdy, když je naprosto jasný důkaz, že osoba měla úmysl ukončit život (Dzúrová, D., Dragomirecká, E., 2002). V jiných případech příčiny smrti shodné s možnou sebevraždou, se rozhoduje při kódování ve prospěch náhodného úrazu. Světová zdravotnická organizace proto ve své 8. revizi zavedla pro tato poranění, o kterých nebylo lékařsky, úředně ani soudně zjištěno, zdali byla náhodná či způsobená úmyslně, novou skupinu E980-E989 (od 10. revize zařazeno pod kódem Y10-34, viz příloha). Do této skupiny patří také zranění - ale ne otravy, která si zraněný způsobil sám a o nichž není udáno, zda byla náhodná či způsobená s úmyslem ublížit si. Mezi rizikové faktory sebevražedného jednání můžou být řazeny duševní poruchy jako například deprese, poruchy osobnosti, závislost na alkoholu nebo schizofrenie. Druhou kategorií onemocnění, ovlivňující sebevražedné jednání, jsou podle Světové Zdravotnické Organizace fyzická onemocnění, ke kterým můžeme řadit rozličná neurologická onemocnění, rakovinu, nebo HIV infekci (WHO, 2000).

Sebevraždy patří mezi deset nejčastějších příčin smrti evropských obyvatel. E. Smolová ve své práci z roku 1999, zabývající se regionální diferenciací duševního zdraví v ČR uvádí, že tento jev se vyskytuje v celé populaci, to znamená v populaci zdravé i části hospitalizované v psychiatrických zařízeních, ale i například v rámci výkonu vojenské služby, vazby nebo výkonu trestu, v zařízeních sociální péče a podobně (Smolová, E., 1999). Riziko sebevraždy zvyšují mimo jiné například osamělost, rodinné problémy, těžkosti v práci nebo ve škole, či jiné osobní nesrovnalosti, které v našem případě souvisí se sociálním kontextem, často výrazně podpořené právě významnými změnami transformačního období. Příčiny lze spatřovat v celkové vyšší osobní i společenské míře svobody a z ní plynoucí změny životní situace v novém demokratickém období po roce 1989, která je z hlediska celkové bilance

vnímána jako odrazový můstek k celospolečenskému zlepšení. Podle WHO zůstává míra sebevraždnosti a sebezranění vyšší v zemích, které na konci století prodělaly proces přeměny společnosti (viz graf 3). Předkládaná práce bude proto zkoumat, jak se míry úmrtnosti v důsledku sebevraždného jednání vyvíjely právě v období let 1985-2002.

Pokud se jedná o konkrétnější známé příčiny sebevražd, V. Tomanová ve své studii z roku 2007 zabývající se sebevraždami, odhaduje, že většina z nich je provedena na základě afektivních poruch. Na tendenci k sebevraždě a jejím naplnění se však kromě důležitých osobních faktorů podílí i celá řada dalších vlivů, mezi které patří působení politické, ekonomické, klimatické, kulturní i religiózní situace. Nesmíme podcenit ani rozdíly udávané v charakteristikách dokonaných sebevražd a sebevraždných pokusů. Poměr mužů a žen, páchajících dokonanou sebevraždou, je udáván u nás i v zahraničí přibližně 3:1, zatímco u pokusů o sebevraždou je tomu zhruba naopak.

Graf 3 - Standardizovaná míra úmrtnosti na sebevraždy, vybrané země Evropy (na 100,000 obyvatel), 2003



Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2007

Nejvíce frekventovanou věkovou skupinou populace u dokonaných sebevražd jsou lidé ve věku nad 70 let. U sebevražedných pokusů se jedná o velmi mladé ženy v rozsahu 15 – 19 let a jen o málo starší muži ve věku 20 – 29 let. Nejčastěji se vyskytujícím způsobem uskutečnění dokonané sebevraždy je oběšení, respektive uškrtení či oběšení. U pokusů o sebevraždu jsou to nejvíce otravy všeho druhu a poranění různými řeznými, sečnými a bodnými nástroji. Zhruba tři čtvrtiny sebevražd se odehrávají v domácím prostředí, ostatní na veřejně přístupných prostorech. Vliv alkoholu je udáván asi u jedné pětiny sebevražd (Tomanová, V., 2007). V závěru práce zabývající se sebevražedností ve východní Evropě I., H., Makinena (2006): je navrženo východisko v podobě podpory krizového poradenství se zájmem o intervence, či screening sebevražd v rodinné anamnéze dlouhodobě nezaměstnaných, osamělých nebo rizikově se chovajících obyvatel (Makinen, I., H., 2000).

2.2 Diskuse s literaturou

Jednou z hlavních organizací, která se zabývá veřejným zdravím a potažmo i rizikovým chováním, je Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato organizace byla založena v roce 1948 za účelem zlepšení kvality života lidí na celé planetě. WHO je hlavním iniciátorem a koordinátorem v otázkách zdraví Organizace spojených národů. Také je odpovědná za sběr a hodnocení dat o celosvětovém zdraví, usiluje o vymýcení smrtelných nemocí, nabízí technickou a odbornou podporu zemím, monitoruje a hodnotí zdravotní problémy související s životní úrovní a také hraje důležitou roli jako odborný poradce pro plánování a realizaci národních zdravotnických strategií. Protože hlavní snahou této organizace je dosažení co možno nejlepšího zdraví pro všechny, vychází speciální metodické příručky s komplexními programy, zvané „*Health for all*“. Poslední byla vydána jako pomocný strategický dokument pro 21. století. Hlavním dlouhodobým cílem celého programu, který byl nejprve plánován na období let 1977 až 2000, ale pokračuje stále, je dosažení maximální možné úrovně zdraví všech obyvatel planety, aby jim bylo umožněno vést aktivní společenský a ekonomicky produktivní život.

Vnímáním riskantních otázek zdraví a duševní pohody se zabývá článek Andrewa Steptoe a Jane Wardle, který byl publikován v *Social Science & Medicine* v roce 2001. Studie vychází ze zjištění, že naděje dožití a ostatní ukazatele zdraví, se v minulých letech markantně

zhoršily zejména v post-komunistických státech. Možná role životního stylu, znalostí o zdraví a chování, emocionální pohoda a vlastní vnímání situace bylo zkoumáno v evropském výzkumu mezi adolescenty různé úrovně dosaženého vzdělání. Data byla získána od vzorku 4,170 univerzitních studentů mezi léty 1989-1991 v Rakousku, Belgii, Německu, Nizozemsku a Švýcarsku a od 2,293 studentů bývalého Východního Německa, Polska a Maďarska. Předmětem zájmu byly informace o chování v problematice zdraví, vlivu životního stylu na zdraví, o depresivním chování, sociální podpoře a hodnotách zdraví. Po vyhodnocení dat vyšlo najevo, že studenti pocházející z Maďarska, Polska a bývalého Východního Německa, mají celkově vzato horší životní styl, než jejich vrstevníci z ostatních vybraných zemí. Výzkum na základě sebraných dat rozlišuje 11 druhů chování a 7 zásadních kritérií pro životní styl, kterými jsou: pravidelná fyzická aktivita, pití alkoholu, zdravé stravování s omezením konzumace tuků, konzumace vlákniny, solení jídla, používání bezpečnostních pásů ve vozidlech a používání opalovacích krémů. Průzkum prokázal, že studenti z východní Evropy si byli méně vědomi souvislostí mezi faktory zdraví a jejich následky v různé podobě, byli častěji deprimováni a pocítovali menší podporu od jejich okolí. Rovněž Evropané z východu si více vážili svého zdraví. V závěru výzkumu bylo uvedeno, že méně zdravý životní styl byl podmíněn menší dostupností informací týkajících se životního stylu a otázky zdravotních důsledků. Dále studie popisuje, že duševní pohoda a podpora okolí jedince může výrazně ovlivnit jeho psychický a fyzický stav a proto i samotné zdraví jedince.

Důležitým faktorem měnící se společnosti v postkomunistických zemích, je vztah mezi socioekonomickou situací a zdravotním stavem obyvatelstva. Touto problematikou se zabývá opět Maria Kopp spolu s A. Skrabskim a S. Szedmakem tentokrát ve článku *Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society*. U mužské části populace se vztah mezi výší příjmů a nemocností ukázal být patrným už v polovině let osmdesátých a v posttransformačních letech se stal ještě více významným. I zde se projeví rozdíly mezi muži a ženami. U žen byl tento jev zaznamenán také v letech po revoluci, ale neprojevil se tak významně jako v případě mužů, protože role rodinných živitelů je kladena spíše na mužskou část populace. Úzký vztah mezi socioekonomickými deprivacemi a zdravím jedince často vede depresivním symptomům, které narušují duševní zdraví a tím celý zdravotní stav jedince. Podle řady vědeckých studií (Orth-Gomer et al., 1998), mají špatné pracovní podmínky a nízká míra sociální podpory v období transformace států střední a východní Evropy, významný vliv na vznik řady onemocnění, v největší míře

u kardio-vaskulárních onemocnění. M. Kopp konstatuje, že více postiženi jsou muži. Vysvětlení může být dvojitý: za prvé u mužů se více projeví změny ve výši příjmů než u žen a v případě druhém, muži jsou více citlivější v otázce zhoršení socio-ekonomické situace, která může vést ke zpochybnění jejich hierarchické role živitele v rodině.

Pavel Machonin ve studii *Sociální transformace a modernizace v postkomunistických zemích*, nejprve polemizuje nad klíčovými pojmy a terminologií v oblastech transformace. Pro zkoumání postkomunistické společenské proměny má zásadní význam vztah dvou procesů: sociální transformace a modernizace. Další část popisuje každou lidskou společnost jako komplex tří základních, vzájemně se prostupujících entit: a) lidské osobnosti, b) jejich vzájemné, tj. sociální vztahy a c) kultura, kterou lidé vytvořili v průběhu dějin. Pokud je diskutována sociální transformace, autor měl na mysli historický proces strukturální, kvalitativní změny sociálních vztahů, zatímco modernizací rozuměl určitou orientaci strukturálních změn. Ty institucionální změny, o nichž se obvykle předpokládá, že jsou součástí postkomunistické transformace, představují v dané pojmové struktuře spojující článek obou hlavních procesů, jež jsou předmětem další části studie. Společenskou transformaci můžeme považovat za komplex kulturních změn - především procesy modernizace - a změn sociální struktury, tj. sociální transformaci, zahrnující změny v ekonomice, politických vztazích, právu i morálce.

Druhá část studie se věnuje strategii a aktérům sociální transformace a modernizace v České republice. Jako hlavní překážky v bezproblémovém přechodu k moderní a funkční společnosti, vidí Pavel Machonin nízkou míru nezaměstnanosti a nedostatek kvalifikovaných lidí a mladých odborníků s vědeckou nebo technickou kvalifikací, schopných vypracovávat a realizovat moderní vědecké a technologické projekty. Studie je zakončena myšlenkou, že veškeré podmínky pro další vývoj v České republice jsou vysoce nepříznivé.

Jevem, který se vztahuje k problematice předkládané práce je „*Zdravotní paradox v regionu Východní Evropy*“. Tento fenomén vyzorovala Maria Kopp a popsala jej v článku *Chronic stress and social changes, socioeconomic determination of chronic stress*, spolu s autory A. Skrabskim a A. Szekelym, A. Stauder a R. Wiliamsem v roce 2005. V článku, který popisuje zhoršení zdravotního stavu v post-komunistický zemích a srovnává ho se stavem v Maďarsku, je výše zmíněný jev popsán jako rozdíl v hodnotě úmrtnosti mezi muži a ženami. Obě čísla se výrazně liší navzdory tomu, že obě pohlaví sdílejí stejné socio-ekonomické i politické podmínky v tomtéž čase, na tomtéž místě. V Maďarsku se údaj naděje

v dožití lišil mezi muži a ženami o 8.3 roky v roce 2005. Pokud tuto hodnotu porovnáme se situací v jiných evropských státech, údaj pro Maďarsko je zdaleka nejmarkantnější. Například v sousedním Rakousku je rozdíl 5.7 let, 4.6 roku v Dánsku i ve Velké Británii.

2.2.2 Kouření

Otázkám rizikového chování, týkající se především kouření, nebo konzumace alkoholu, se věnuje celá řada prací zpracovaná například odborníky z WHO. Studie poskytují užitečná komplexní data i postřehy, plány a souvislosti v různých aspektech rizikového chování.

Na základě vědeckého výzkumu „*Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*“, který provedli Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M. (2001), uskutečnili Wramner B. a Pellmer K. v roce 2006 mezinárodní srovnání úmrtnosti na příčiny smrti, související projevem rizikového chování ve formě kouření, ve vybraných státech střední a severní Evropy. S užitím metod, které použil ve výzkumu R., Peto a ostatní, sledovali Wramner B. a Pellmer K. vývoj úmrtnosti u ženské a mužské části populace v různých věkových skupinách ve Švédsku a Polsku. Po odstranění nevyhovujících dat a stanovení standardů, došli autoři k závěru, že úroveň úmrtnosti na příčiny smrti související s kouřením u mužské části polské populace vzrostla více než o 50 %, pokud srovnávali období 1965-1969 s roky 1990-1994. Analýza pro ženskou část populace prokázala značně odlišný vývoj, vyznačující se významně nižšími hodnotami vybraného ukazatele. U polských mužů měl rychlý nárůst intenzity úmrtnosti na příčiny smrti související s kouřením, velmi podobný vývoj i intenzitu jako u švédských žen ve věku 45-64 let. Muži ve Švédsku omezili kouření mnohem výrazněji, než mužská část polské populace. U žen obou národností měla prevalence kouření pozvolný nárůst za všechna tři sledovaná období. V závěru publikace byla věnována zvláštní pozornost hodnocení úmrtnosti na příčiny smrti související s kouřením, nejen pomocí úmrtnosti na rakovinu hrtanu, ale i na jiná onemocnění vedoucích k úmrtí způsobených kouřením ve všech věkových kategoriích. Na závěr autoři popisují okolnosti poklesu úmrtnosti v důsledku kouření u mužské části populace obou sledovaných zemí v kontrastu s výrazným nárůstem úmrtí u žen.

Za účelem hodnocení efektivity vládních proti-kuřáckých opatření vznikla v posledních sedmi letech nová studie týmu Erasmus univerzity v Rotterdamu pod vedením Maarje M. Schaap „*Effect of nation-wide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries*“ (2005), která jako hodnotící prostředek použila zcela unikátní srovnávací metodu „*Tobacco Control Scale*“ (TCS). V roce 2006 L. Joossens a M. Raw za výše zmíněným účelem vyvinuli systém měření aktivity proti-kuřáckých politik TCS vybraných států Evropy. Tato stupnice umožňuje porovnání počtu a efektivity zavedených opatření na snížení konzumace tabákových výrobků. „*Tobacco Control Scale*“ je založena na porovnání šesti proti-kuřáckých opatření, která se ukázala být nejefektivnějšími v boji proti kouření nejen v evropských státech. TCS je výbornou příležitostí porovnávat snahy státních politik o redukci kouření a zároveň vliv opatření na skutečnou situaci v daném státě. Práce evaluuje dopad těchto vládních opatření: zvýšení daní za tabákové výrobky a tím i nárůst cen cigaret a tabákových výrobků, zákaz reklam na tabákové výrobky a propagace cigaret, zákazy a omezení kouření na veřejných místech a pracovištích, dále potom lepší dostupnost informací zahrnující veřejné informační kampaně, například skrze média, zákaz propagace tabákových značek, log a názvů, nebo větší a zřetelnější varovné nálepky na obalech tabákových výrobků. Mezi důležitá a často opomíjená opatření patří také pomoc kuřákům v podobě center s odborným poradenstvím a lékařskou pomocí. Studie došla k závěru, že země s více vyvinutou státní proti-kuřáckou politikou mají větší úspěšnost ve snižování konzumace tabákových výrobků a s tím související pokles kuřáků, než státy s méně vyvinutou proti-kuřáckou aktivitou. Také v případě výše vzdělání se ukázalo, že státní proti-kuřácká opatření byla efektivní stejným poměrem u kuřáků s vyšším i nižším vzděláním ve všech vybraných evropských státech. Česká republika se ve výsledku výše zmíněné studie umístila ve spodní třetině hodnocených evropských států s celkovým počtem bodů 38 z možných 100. Okolní pozice zaujímají Řecko, Slovinsko či Portugalsko. Nejefektivnější prostředky proti-kuřáckých politik mají v Irsku a Velké Británii, nejhůře je na tom Litva nebo Rumunsko. Pokud z hodnocených protikuřáckých opatření vybereme například zvýšení cen tabákových produktů, Česká republika dosáhla sotva polovičního počtu bodů Irska, v případě, kdy se hodnotila cena za krabičku cigaret značky Marlboro dohromady s hrubým národním produktem dané země. Nejhůře dopadla Česká republika v hodnocení kategorie „výdaje za informovanost veřejnosti“, kde z maxima 15, byla ohodnocena 0 body. V kontrastu s pozicí minulého opatření má Česká republika 9 bodů z 13 možných v případě

opatření „zákaz reklamy a propagace tabákových výrobků. K dosažení úrovně vyspělých států Západní Evropy budeme muset vynaložit ještě nemalé úsilí a četné finanční prostředky.

Na podobné téma se zaměřuje i článek následující, opět zpracovaný nizozemským týmem z Erasmus univerzity v Rotterdamu v roce 2005. *„Identification of Socio-economic groups at increasing risk of smoking in European countries: looking beyond educational level“* s autory: Maartje M. Schaap, Helen M. E. van Agt, Antonem E. Kunstem. Tato práce zkoumá úroveň vzdělání jako rozhodující a nejčastěji používaný ukazatel k identifikování socioekonomických skupin obyvatel států Evropské unie, které jsou v poslední době spojené s nárůstem počtu kuřáků. Předmětem zájmu nizozemských vědců byla sociální situace kuřáků. Otázky byly směřovány na kouření samotné: zda-li respondent kouří, jak dlouho kouří, a kolik cigaret denně. Další otázky byly zaměřeny na dosaženou úroveň vzdělání a informace z rodinného prostředí, zaměřené na podmínky v domácnostech. Z dat šetření, které proběhlo ve státech Evropské unie, byly vyvozeny následující závěry: konzumace tabákových výrobků není spjata pouze s výší vzdělání, ale velmi významně ji ovlivňuje i pracovní pozice a postavení v pracovním procesu. Rovněž nezanedbatelnou úlohu hraje množství nabytého majetku.

Díky této práci byly odhaleny nové skutečnosti a souvislosti na poli socioekonomického výzkumu příčin rizikového chování. Například bylo zjištěno, že výše pracovní pozice ovlivňuje vztahy mezi spolupracovníky na pracovišti a proto působí na sociální status respondentů. Studie prokázala, že sociální faktor je nesmírně důležitý ve vztahu ke kouření a potažmo ve vztahu ke zbavování se závislosti na nikotinu, protože efekt kouření má vliv na postavení, hodnoty a role ve společnosti. Negativní pracovní okolnosti, jako je stres a psychické vypětí pociťované v práci, bylo odhaleno jako překážka na cestě přestat kouřit. Překvapivé bylo, že výše finančního platového ohodnocení není tak významná, jako množství nahromaděného jmění v rodinách. Hmotnému zabezpečení domácností je v tomto výzkumu přikládán značný význam. Bylo prokázáno, že obyvatelé chudších domácností byli více deprimováni menším majetkem než ti bohatší a proto byl u nich zaznamenán větší počet zkonsumovaných tabákových výrobků.

Přínosnou v kontextu práce je studie *„Kouření a úmrtnost v Evropské unii a v České republice“* a vychází z diplomové práce Elišky Kozákové z roku 2007. Nejprve je v ní stručně nastíněn stav a vývoj počtu kuřáků v celé Evropě a zdůrazněny závažné aspekty této stále

aktuální problematiky. V první části článku je studována spotřeba cigaret na osobu za rok v Evropské unii v letech 1970–2000. Přestože nebyly údaje o spotřebě cigaret na osobu za rok v letech 1970–2000 úplné za všechny státy, je patrné, že spotřeba cigaret v Evropské unii zaznamenala mezi lety 1970 a 2000 v jednotlivých zemích značně rozdílný vývoj. Závěrem bylo uvedeno, že v průběhu let můžeme mezi státy s vyšší spotřebou cigaret zařadit Bulharsko, Irsko, Maďarsko, Polsko, Slovinsko a Řecko. Naopak země s nižší spotřebou jsou Finsko nebo Švédsko. Pokud byla ale srovnávána spotřeba cigaret na osobu za rok mezi roky 1970 a 2000, vidíme, že největší pokles byl ve Velké Británii a Belgii. Autorka dále uvedla, že spotřeba cigaret na osobu za rok se téměř nezměnila v Dánsku, Irsku, Maďarsku, Polsku a v České republice, u které jsou sice data pouze za roky 1995–2000, ale i z těchto údajů vyplývá, že se svojí spotřebou Česká republika řadí mezi státy s nižší průměrnou spotřebou cigaret, pohybující se kolem 1,500 cigaret na osobu za rok. Výsledky výzkumů české populace svědčí o tom, že mezi dospělou populací kouření mírně klesá. Je to více dáno poklesem kouření mezi muži. Také se ukazuje, že mezi muži klesá podíl silných kuřáků, tj. těch, kteří udávají, že kouří více než 20 kusů cigaret denně. Zdá se také, že značná část kuřáků, často se hovoří až o 40%, by ráda s kouřením skoncovala (Sovinová, Csémy, 2003).

Druhá část studie se zabývá úmrtností jak v České republice, tak pro porovnání i ve vybraných státech Evropy. V České republice umírá každoročně celkem kolem 100,000 osob. Z toho zhruba pětina na nemoci způsobené kouřením. Jsou to především nemoci srdce a cév (ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární onemocnění), na nichž se podílí kouření asi čtvrtinově. Dále sem řadíme chronická plicní onemocnění, která způsobí kouření ze tří čtvrtin. Lze říci, že 75 % lidí s chronickým onemocněním průdušek by neonemocnělo, kdyby nekouřilo. Třetí skupinou nemocí způsobených kouřením jsou různé nádory. Zde má kouření podíl celkově asi třetinový. V závěru práce jsou hodnoceny jednotlivé státy a jejich úmrtnostní poměry a ve srovnání s nimi i postavení České republiky v úmrtnosti na nemoci ovlivněné kouřením mezi roky 1994 a 2004.

Andrew Steptoe se věnuje rovněž problematice kouření a to v článku, který byl publikován v roce 2002: „*An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness*“, popisujícím výskyt kouření v souvislostech s přesvědčením o škodlivosti kouření a jeho následcích v podobě rakovinových a srdečních onemocnění. Výzkumu se účastnilo 23 zemí a byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Anonymní dotazník vyplnilo 19,298 respondentů ve věku 17-30 let. Na základě šetření se prokázalo, že vyšší výskyt kuřáků

je v méně rozvinutých zemích jako například v Thajsku a Jižní Africe. Také se ukázaly být odlišnými argumenty pro kouření mezi ženami a muži. Nejmenší povědomí o škodlivých následcích kouření měli méně vzdělaní respondenti pocházející z Asie a Jižní Ameriky. V závěru byla vyřčena myšlenka o nutnosti vyššího vzdělání, za účelem většího povědomí o zhoubných následcích kouření, protože právě u skupin s nižším vzděláním, které jsou asociovány s horším životním stylem, jsou mezery v informovanosti nejvýraznější.

Problematikou cenové dostupnosti cigaret v otázce protikuřáckých opatření se zabývá článek „*Cost effectiveness result for Tobacco Use*“ (2003) Emmanuela Guidona a jeho kolegů ze Světové zdravotnické organizace. Zvýšení ceny tabákových produktů je pravděpodobně nejefektivnější způsob, jak omezit dostupnost a spotřebu tabákových výrobků. V roce 1999 byly uveřejněny studie polemizující o následcích zdražování cigaret a jiných produktů z tabáku. Světová zdravotnická organizace uvažuje, že výsledné navýšení cen v průměru o 10 %, způsobí pokles prodeje tabákových výrobků až o 4 % ve vyspělejších zemích s vyššími příjmy a přibližně o 8 % v chudších zemích střední a východní Evropy. V této studii byl použit model kohorty za rok 1995. Hypotézou autora bylo, že zvýšení daně způsobující zdražení tabákových výrobků donutí přestat kouřit 42 miliónů kuřáků na celém světě a tím by se mohlo v následujících letech předejít minimálně 10-ti miliónům úmrtí v důsledku kouření. Závěry zmíněné v této studii mají až nepředstavitelné důsledky pro veřejné zdraví. Zásahem protikuřácké politiky, v podobě zvýšení daně za tabákové výrobky, by se snížila váha globálního břemene v podobě nemocí a úmrtí způsobených kouřením. Cílem projektu bylo porovnat ceny cigaret u více než 80 zemí a rozličnými metodami prozkoumat trendy a dostupnost cigaret ve vybraných zemích v průběhu let devadesátých. Studie se také zabývala vlivem politických opatření v proti-kuřácké otázce. Obtížným momentem bylo srovnávání cen, hodnot a ekonomických ukazatelů, protože podmínky ve vybraných zemích nejsou jednotné. Výzkum se dopátral zajímavých závěrů. V otázce ceny cigaret v rozpětí let 1990 až 2000, ve vyspělejších zemích zaplatíte za krabičku cigaret více, než v zemích rozvojových. Je tomu s největší pravděpodobností proto, jelikož vyspělejší země mají vyšší daně a přísnější proti-tabáková opatření, než jejich chudší sousedé. Co se týče odpracovaných minut nutných k vyděláním peněz k zakoupení krabičky cigaret, údaj se ve většině případů velmi liší a nelze jej proto uvažovat jako směrodatný ukazatel. Jako jednotný trend se ukázalo být postupné navyšování cen tabákových výrobků v bohatších zemích a postupné zvyšování dostupnosti cigaret v zemích chudších.

Výjimkou byla Velká Británie, kde cigarety v posledním desetiletí byly dostupnější než v šedesátých letech dvacátého století. Proti-tabákové opatření v podobě zvýšených tax je dobrý nástroj k docílení snížení konzumace tabákových výrobků, není však naprosto zaručenou a jednoznačně fungující cestou pro země na různém stupni vyspělosti.

2.2.2 Konzumace alkoholu

Na téma projevů rizikového chování v otázce konzumace alkoholu byly vybrány následující publikace, věnující se především problematice alkoholu v socio-ekonomickém kontextu, nebo se zabývající vyvíjením efektivních proti-alkoholických opatření.

Podle studie Johana P. Mackenbacha (2006), na počátku 21. století jsou socioekonomické faktory jedním z nejdůležitějších determinantů veřejného zdraví ve všech evropských zemích. Dokonce alkohol v zemích východní Evropy byl jako determinanta zmíněn na prvním místě. Jak uvádí publikace „*Health Inequalities: Europe in Profile*“, životní podmínky a styl, jakým lidé žijí, významně ovlivňují kvalitu jejich života. V otázce socioekonomické, lidé s nižším vzděláním, příjmy nebo nižší pozicí ve společenském žebříčku častěji užívají alkohol, či tabákové výrobky. Proto umírají dříve ve srovnání s populací, která dosáhla vyššího stupně vzdělání a vyšších příjmů. J. Mackenbach ve své práci popisuje vztah mezi socioekonomickou úrovní, zdravotním stavem a délkou naděje dožití. V některých případech pak rozdíl naděje dožití při narození u různých socioekonomických skupin může činit až deset let věku. V závěru zmiňované studie autor apeluje na dlouhodobé snahy států o zvyšování zdraví a potlačování rizikového chování, přičemž bude za potřebí nemalé trpělivosti a finančních i nemateriálních investic.

Protože Evropská komise připravovala svou vlastní strategii na redukci spotřeby alkoholu, vznikla celoevropská analýza účinků alkoholu z hlediska zdravotního, sociálního a ekonomického s názvem „Alkohol v Evropě“ zpracovaná pod vedením P. Andersona a B. Baumberga v roce 2006. Zpráva je profesionální syntézou zveřejněných zpráv, systematických hodnocení, metaanalýz a jednotlivých dokumentů, stejně jako rozborem dat Evropské komise a Světové zdravotnické organizace. Tento náhled je součástí systému ochrany veřejného zdraví, směřujícího k zajištění podmínek, ve kterých mohou být lidé

zdraví. Cílem této studie je navržení různých doporučení pro zvýšení efektivity proti-alkoholických politik. Po vytvoření evidenční základny a vyhodnocení dat jsou uvedeny obecné závěry mezi které patří především zjištění, že přestože jsou rozdíly mezi jednotlivými zeměmi v úrovních a charakteristice konzumování alkoholu stále zjevné, jsou menší než před 40 lety, a mnoho aspektů pití alkoholu se v rámci celé Evropy vzájemně sblížilo více, než se obecně očekává. Ve většině zemí se od 90. let 20. století rozšířilo pití mladistvých s vyloženým cílem se opít, přičemž tento trend zaznamenal v uplynulých letech smíšený vývoj. V závěru analýzy byly uvedeny možnosti proti-alkoholických opatření jako například: zřízení a financování evropských infrastruktur pro provádění terénního průzkumu týkajícího se alkoholu, nebo posílení mechanismů a koordinačních orgánů v rámci politiky omezování spotřeby alkoholu. Dále je kladen důraz na podporu vzdělávání, komunikace, výchovy a informovanosti veřejnosti v problematice konzumace alkoholu a redukci reklamy, či obchodu s alkoholem.

Problematikou konzumace alkoholu se zabývá rozsáhlá studie „*Alcohol, Gender and Drinking Problems Perspective from Low and Middle Income Countries*”, publikovaná v roce 2005 I., Obbotem a R., Roomem. Tato studie je zároveň součástí projektu mezinárodního srovnání v problematice alkoholu: „*Gender, Alcohol and Culture: an International Study*” (GENACIS), pod záštitou Evropské unie. Práce se zabývá otázkou rozdílů v konzumaci alkoholu mezi mužskou a ženskou částí světové populace vybraných zemí v následujících bodech: prevalence alkoholismu, zvyky a okolnosti alkoholové konzumace, zkušenosti s násilím v kontextu požívání alkoholu, problematika sociální rozdílů a souvislost mezi kulturním zázemím a konzumací alkoholu. Výše zmíněná problematika je zkoumána v kategorii vybraných zemí středních a nižších příjmů celého světa. Průzkum byl proveden například v: Argentíně, Brazílii, Mexiku, Indii, Nigérii a Ugandě. Ačkoliv se tato práce přímo nezabývá námi vybranými zeměmi, má společný zájem v podobě alkoholové konzumace, což nám může být nápomocno ve zkoumání tohoto projevu rizikového chování v evropském kontextu.

Článkem, který popisuje stav duševního zdraví obyvatel Evropské unie v širokém kontextu je „*The State of Mental Health in the European Union*” v rámci projektu “Health and Consumer protection“ (2004), který zpracoval tým odborníků z celé Evropské unie pod vedením Vivianty Kovess z Foundation of Public Health ve Francii. Hlavním cílem tohoto

projektu bylo popsat a na základě získaných dat porovnat stav duševního zdraví populací u členských států Evropské unie a Norska, za účelem dlouhodobého sledování a vyvinutí efektivních programů na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Studie zdůrazňuje nezbytnost nejprve porozumět všem determinantám. Zpráva se na základě doporučení řady expertů bude věnovat třem pilířům duševního zdraví. Prvním z nich je „pozitivní duševní zdraví“, které je nezbytné pro vyrovnání se z nepříznivými okolnostmi. Druhým hlavním tématem je „negativní duševní zdraví“, které je nejčastěji spojováno právě se symptomy závislosti na alkoholu, nebo kouření. A konečně třetí dimenze v podobě „diagnostiky mentálních onemocnění“.

Po provedení sběru dat především ze světových zdravotnických databází a národních databázích států byly sestaveny profily zemí. V další části se tato práce snaží vysledovat trendy a možný budoucí vývoj alkoholové závislosti a kouření a shrnout je do závěrečné zprávy. V této části studie bylo nutné vyhodnotit hlavní determinanty duševního zdraví, kterými byly uznány: faktory socio-demografické jako například pohlaví, věk, rodinný stav, etnická příslušnost a socioekonomický status. Nesmírně důležitými byly také shledány sociální vztahy, pocíťovaná sociální podpora okolí, které všechny mají nezpochybnitelný vliv na duševní a potažmo i fyzický stav. Součástí práce bylo také sestavit modely popisující vztahy proměnných na poli duševního zdraví. V závěru studie vyhodnocuje společné i rozdílné skutečnosti a jevy u všech členských zemí Evropské unie a Norska a opět klade důraz na nutnost nepodceňovat otázku duševního zdraví v moderní společnosti.

2.2.3 Sebevražedné chování

Třetí oblasti zájmu předkládané práce, sebevražednému chování, se věnuje řada publikací, ze kterých byly vybrány a prostudovány následující:

Pro téma diplomové práce je velmi hodnotná publikace z roku 2000 „*Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*“ od D. Džurové, E. Smolové a E. Dragomirecké a především její kapitoly, věnující se aktuálním problémům duševního zdraví a potažmo rizikovým projevům chování a sebevražednému jednání. V kapitole, která se zabývá úmyslným ukončením života, jsou diskutovány významné odlišnosti týkající se především věku a pohlaví jedinců. Dále je hodnocen vztah mezi duševním stavem respondentů

a zvyšující se konzumací návykových látek. V závěru kapitoly, která se zabývá sebevražedným jednáním, je uvedeno, že se ženy dvakrát častěji pokoušejí o ukončení života, než mužská část populace a u obou pohlaví se nejčastěji jedná zejména o mladé osoby věkové kategorie 18-29 let. V části zdravotně rizikové konzumace návykových látek je diskutován zdravotní stav, který je úzce provázán se způsoby a formami životního stylu populace. V oblasti chování patří mezi rizikové faktory ohrožující zdraví kouření tabáku, nadměrná konzumace alkoholických nápojů a zneužívání psychoaktivních látek. Zájem o první dva typy rizikového chování je shodný se zájmy této práce. Dále je kladen důraz na různé spotřební zvyklosti konzumace alkoholu v Evropě a to nejen v množství spotřebovaného alkoholu, ale i v druzích konzumovaných alkoholických nápojů. Po zhodnocení empirických dat se kapitola zabývá strukturou konzumace alkoholu české populace ve srovnání s evropskou. Jsou zde rovněž zmíněny rozdíly mezi východní a západní částí Evropy, rozdíly v množství zkonsumovaných alkoholických produktů, ale i difference na úrovni regionální. Diskutován je také problém informovanosti v projevech výše zmíněného typu rizikového chování. Protože již před několika desetiletími byl prokázán nepříznivý vliv kouření na lidské zdraví, následující část publikace se zabývá problematikou užívání tabáku. Předmětem zájmu je nediskutabilní vliv kouření na zvýšení pravděpodobnosti vzniku rakoviny plic, chronické bronchitidy, kardiovaskulárních problémů i jiných onemocnění stejně jako sledování počtu cigaret denní spotřeby. Výzkum také věnuje pozornost rozdílům mezi muži a ženami.

Za účelem objasnění situace ve východní Evropě týkající se úmrtnosti na sebevraždy v období komunismu i v čase porevolučním, byla publikována studie Ilkka Henrik Mäkinena s názvem „*Suicide mortality of Eastern European regions before and after the Communist period*„ (2000). Předmětem studie bylo zkoumání výskytu a distribuce úmrtí na následky sebevraždy ve východní Evropě před rokem 1989, i v době poté. Otázkou bylo rovněž k jakým změnám v úmrtnostní prevalenci došlo. Byly porovnávány údaje z roku 1910 a 1989. V roce 1910 nejvíce úmrtí způsobených sebevraždou se obecně vyskytlo v oblastech vyšší urbanizace v severním Pobaltí, východním Rusku, východní Ukrajině, severního Kavkazu v Gruzii a západního Polska, zatímco hodnoty byly nižší v jižním Rusku, Dagestánu a severním Polsku. Rok 1989 měl více sebevražd v oblasti Uralu, ve východním a jižním Rusku. Pozoruhodně nižším hodnotám v témže roce patří celé Polsko, Moldávie a Severní Kavkas. V závěru studie bylo vyřčeno, že zvýšený počet sebevražd může ovlivnit absence regionálních kulturních tradic a že v průběhu let komunistické vlády se změnila sociální podstata

sebevražedného počínání, sebevražda začíná být rovnoměrně rozšířenější u sociálně nižších skupin obyvatel.

Studie zpracovaná Andrussem Varnikem a jeho spoluautory (2006) se zabývá zkoumáním úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání v souvislosti s transformací v Estonsku u ruské populace a estonské populace v Rusku. Výsledky jsou porovnávány s populací Estonců na estonském území. Situace je sledována v kontextu socio-ekonomických změn, které nastaly po osamostatnění Estonska od Ruské federace. Autoři příspěvku dospěli k zajímavým výsledkům: mezi ruskou populací v Estonsku byl zaznamenán vysoký podíl sebevražd. Ten byl ovšem překonán výrazně vyššími hodnotami u Estonců v období mezi roky 1983-1990. Po rozpadu SSSR byl na celém území Estonska zaznamenán ostrý vzestup počtu sebevražd. V období 1991- 1998 byl u ruské populace zaznamenán prudký nárůst úmrtí v důsledku sebevražedného počínání, protože se Rusové náhle stali imigranty na estonském území a jejich sociální situace se stala výrazně obtížnější. Byli nuceni čelit novým podmínkám a větší míře stresu. V porovnání s nimi, Estonci na estonském území a Rusové v Rusku zdaleka nedosahovali takové míry úmrtnosti. V závěru práce je shrnuta obtížná situace Rusů na estonském území, která vedla v první řadě ke zvýšené míře sebevražedného počínání a v řadě druhé k migračním vlnám mezi státy bývalého Sovětského svazu. Nově vzniklá obtížná socio-ekonomická situace byla způsobena změnou statusu ruské minority v Estonsku, které se stalo samostatnou zemí východní Evropy.

2.3 Charakteristika vybraných ukazatelů

Cílem práce bylo, za účelem shlukové analýzy, vyhledat data ve veřejných databázích, týkající projevů rizikových faktorů a jejich determinant pro Bulharsko, Chorvatsko, Českou republiku, Slovensko, a Rumunsko. Pro porovnání a hodnocení vývoje, byly hledány údaje i pro celou Evropu v časovém rozmezí let 1980-2005. V kontextu cílů práce bylo zařadit do analýzy data o životním stylu obyvatel, mezi které jsou uvažovány údaje o počtu kuřáků, množství vykouřených cigaret, konzumaci alkoholu a údaje vyjadřující míry úmrtí na nemoci v důsledku rizikového chování. Vybrány byly také údaje vyjadřující míry sebevražednosti. Socioekonomický status byl v této práci zjišťován pomocí ukazatelů jako je nezaměstnanost,

hrubý národní produkt a index lidského rozvoje. Tato data jsou obecně hojně využívána pro jejich snadnou dostupnost a proto slouží jako relevantní hodnota pro srovnávací studie.

2.3.1 Ukazatele kouření

Za účelem hodnocení vývoje projevů rizikového chování byly v oblasti kouření vybrány následující ukazatele:

- **průměrný počet vykouřených cigaret** za rok na osobu, ukazatel vyjadřuje průměrný počet vykouřených cigaret během roku na osobu starší 15 let v daném státě
- **prevalence kuřáctví** v populaci nad 15 let (v %) je měřeno pomocí standardizovaného dotazníkového šetření ve vzorku populace starší 15 let
- **standardizovaná úmrtnost na nemoci vyvolané kouřením** (na 100,000 obyvatel), zahrnuje příčiny úmrtí známé z literatury v důsledku komplexního působení více faktorů z nichž hlavním je kouření. Je nutno zmínit, že se nejedná o úmrtí způsobená pouze kouřením, ale o hrubý indikátor zahrnující řadu různých úmrtí, které jsou ovlivněny kouřením. Ukazatel zahrnuje:
 - dg. C00-C14 Zhoubné novotvary rtu, dutiny ústní a hltanu
 - dg. C15 Zhoubné novotvary trávicího ústrojí
 - dg. C32-C34 Zhoubné novotvary dýchací soustavy a nitrohručních orgánů
 - dg. I20-I25 Ischemické nemoci srdeční
 - dg. I60-I69 Cévní nemoci mozku
 - dg. J40-47 Chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojíVšechna jednotlivá onemocnění jsou pod značením ICD-10 viz příloha

2.3.2 Ukazatele konzumace alkoholu

Projevy rizikového chování ve formě nadměrné konzumace alkoholu budou sledovány pomocí následujících vybraných ukazatelů Světové zdravotnické organizace:

- **míra konzumace alkoholu** v litrech na osobu, indikátor vyjadřuje celkové množství zkonsumovaného čistého etanolu obsaženého v pivu, víně, likérech a jiných

alkoholových výrobcích na jednoho obyvatele daného státu v kalendářním roce. Hodnota vychází z oficiálních statistik produkce, importu a exportu v rámci jednoho státu (za předpokladu, že standardizovaný obsah alkoholu je v pivě 4.5% a 14% obsahu alkoholu ve víně)

- **standardizovaná úmrtnost na nemoci vyvolané nadměrnou konzumací alkoholu** (na 100,000 obyvatel) zahrnuje příčiny úmrtí známé z literatury v důsledku komplexního působení více faktorů z nichž hlavním je nadměrná konzumace alkoholu. Je nutno zmínit, že se nejedná o úmrtí způsobená pouze konzumací alkoholu, ale o hrubý indikátor zahrnující řadu různých úmrtí, které jsou ovlivněny nadměrnou konzumací alkoholu. Tento ukazatel zahrnuje úmrtnost na následující onemocnění:

dg. C15 a C32 Zhoubné novotvary

dg. F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

dg. K70 K76 Nemoci jater

dg. K73 Fibrosa jater

dg. K 74 Cirrhosa jater

dg. K76 Ostatní onemocnění jater

dg. V01-V99 Dopravní nehody

dg. W00- Y36 Jiné vnější příčiny náhodného poranění

dg. Y40-Y99 Komplikace zdravotní péče

- **počet dopravních nehod způsobených pod vlivem alkoholu**, zde je uvažován relativní počet dopravních nehod na 100,000 obyvatel, při nichž byla shledána jedna či více osob pod vlivem alkoholu. Nehody zahrnují případy ublížení na zdraví, ne však nehody, při kterých došlo pouze ke škodám materiálním

2.3.3 Ukazatele sebevražedného chování

Sebevražedné chování a jeho vývoj v období transformace bude hodnocen pomocí ukazatelů:

- **standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání** ve věku 0-64 let (na 100,000 obyvatel), je věkově standardizovaná hodnota zemřelých následkem počínání s cílem úmyslného ukončení vlastního života

dg. X60-X84

- **standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání** ve věku 65 let a více (na 100, 000 obyvatel), je věkově standardizovaná hodnota zemřelých následkem počínání s cílem úmyslného ukončení vlastního života
dg. X60-X84

Standardizovaná míra úmrtnosti je vypočtena metodou standardizace, kdy je k výpočtu hrubých měr odstraněn vliv věkové struktury pro možnost porovnání různých populací. WHO použila přímou standardizaci, což je výpočet reálných měr úmrtnosti dle věku na určité územní jednotce na standardní věkovou strukturu.

2.3.4 Socio-ekonomické ukazatele

Projevy rizikového chování budou dále v práci analyzovány na základě socio-ekonomických ukazatelů, u kterých lze předpokládat jejich souvislost s projevy chování v populaci.

- **míra nezaměstnanosti** definovaná v procentech daného roku je podíl nezaměstnaných ku všem osobám schopným pracovat (tedy zaměstnaným i nezaměstnaným). Za nezaměstnaného je považována osoba, která je starší patnácti let, aktivně hledá práci a která je schopná nastoupit do pracovního poměru do 14 dnů
- **Human Development Index (HDI)**, nebo-li **index lidského rozvoje** definovaný organizací UNDP na základě naděje dožití při narození, dosaženého vzdělání a životní úrovně měřená pomocí HDP na hlavu v paritě kupní síly. Jedná se o standardizovanou hodnotu životní úrovně a prosperity. Index lidského rozvoje je rovněž používán k měření dopadů ekonomických strategií na kvalitu života
- **Hrubý národní produkt (HNP, též GNP *Gross National Product*)** je celková peněžní hodnota statků a služeb vytvořená za dané období občany daného státu na jednoho obyvatele. Hodnota finálních statků je vyjádřena v peněžních jednotkách, většinou v amerických dolarech na obyvatele.

2.4 Diskuze zdrojů dat

Vzhledem k tématu předkládané práce, první rozhodnutí bylo prověřit nejprve zdroje od Světové zdravotnické organizace. K dispozici byla databáze „*European health for all databases*“ (volně ke stažení v online i offline verzi). Zde bylo možno najít informace o různých ukazatelích odpovídajících zájmu předkládané práce z oblasti demografické, medicínské i socio-ekonomické. Součástí databáze jsou indikátory týkající se úmrtnosti, nemocnosti, zdravotní péče i životního stylu. Datová základna je k dispozici od roku 1970, ale ne všechny země mají databáze kompletní. Největší datové nedostatky byly shledány u Chorvatska.

Světová zdravotnická organizace vydává výroční zprávu pod názvem „*Global Health Atlas*“, kde bylo možno v kategorii *World Health Statistics* získat užitečné údaje o životním stylu, chování a zdravotnickém servisu u všech našich vybraných států. Dále pod záštitou Světové zdravotní organizace vychází „*Atlas of health in Europe*“, který poskytuje údaje z oblasti demografie, dokonce i zdravotní péče a servisu, ale zcela se zde nedostává informací o druzích, četnosti a výskytu duševních poruch a nemocí, které jsou klíčovými pro zkoumání otázky zdraví populace. Zmíněny zde byly pouze nemoci ústrojí dýchacího, HIV, Syfilis a rakovina. Nejnovější data byla teprve z roku 2005, což u tak prestižní databáze rovněž nebylo očekáváno.

Další databází, která umožňuje získat populační data, byla Světová banka. Tam byl nalezen portál: „*Health, Nutrition and Population Data & Statistics*“ neboli „*HNP Summary Profile*“, kde byly k údaje z oblasti socioekonomické, demografické, data týkající se zdravotní péče, jejích faktorů i nákladů. Zde byly k dispozici výše zmíněné informace pro všech pět námi vybraných zemí. Jedním z nedostatků byla neaktuálnost údajů, chyběla zde nejen nejnovější data, ale také dlouhodobější časový horizont. Na stránkách Světové banky rovněž scházely údaje pro ostatní země Evropy. Když byly hledány informace s co možná nejnovějším datem, byly nalezeny každoroční zprávy a publikace za uplynulý rok. Každá z nich byla ale věnována specifickému tématu a žádná se nezabývala aktuální tematikou všech projevů rizikového chování současně.

Následujícím cílovým portálem byly stránky OECD „*Organization for economic co-operation and development*“, s kapitolou „*A System of Health Accounts*“ implementovanou na státy OECD. Ze zemí zájmu předkládané práce, byly k dispozici jen údaje pro Českou republiku, protože ostatní námi vybrané země nejsou členy této organizace. Nejnovější a relevantní údaje obsahovala pouze publikace „*Key data on Health*“ z Evropské databáze „*Ecosante OECD*“, která však není k dispozici bez poplatku. Na stránkách OECD více dat vhodných pro tuto práci nebylo nalezeno. Všechny publikace z oblasti duševního zdraví a jeho determinant se týkaly pouze výročních schůzí a plánovaných projektů.

Organizací, která taktéž volně zpřístupňuje požadovaná data je EUROSTAT. Ve statistické databázi v kategorii „*Population and social condition*“, se dá využít řada údajů o životním stylu populací vybraných států, například v aktuální problematice kouření a konzumace alkoholu, ale také o zdravotní péči, výdajích ve zdravotnictví, o příčinách smrti i výskytu a rozšíření duševních chorob. Ve většině případů údaje byly k dispozici za posledních deset let a u všech pěti vybraných států. Nejčastěji ale chyběla data pro Chorvatsko, Slovensko a Rumunsko. Nejvíce nekompletní datovou základnu má Bulharsko. Často se vyskytujícím problémem byl deficit dat popisujících stav v Evropě před rokem 2001. Na statistických stránkách EUROSTATu jsou ukazatele rozděleny do kategorií ženy/muži, ekonomicky aktivní a neaktivní obyvatelstvo, nebo dělení podle věkové struktury obyvatel, což bylo shledáno velmi praktickým pro případné další potřeby výzkumu. Takto rozdělené údaje mají větší výpovědní hodnotu a pro vědecké záměry jsou proto užitečnější.

Výchozím úkolem předkládané práce bylo ověřit, jaká je dostupnost agregovaných dat převážně z oblasti projevů rizikového chování a socio-ekonomického charakteru ve volně přístupných světových databázích. Hledána byla data v co největším časovém rozpětí. Problém nejčastěji spočíval ve velmi nekompletní škále ukazatelů u námi požadovaných zemí. Z výše zmíněných důvodů byla nakonec za účelem shlukové analýzy vybrána nejvíce vyhovující data od Světové zdravotnické organizace.

2.5 Metodická část

Předkládaná práce je zpracována na základě oficiálně publikovaných dat volně dostupných na internetových databázích a k jejich hodnocení, respektive typologii zemí, jsme se rozhodli použít shlukovou analýzu.

Pojem „shluková analýza“ neboli „cluster analýza“ označuje ne jednu, ale celou skupinu metod, jejichž společným cílem je rozdělení souboru, v geografii obvykle územních, jednotek do několika navzájem se vylučujících, relativně homogenních podskupin. To znamená tak, aby jednotky patřící do téhož shluku si byly co nejvíce podobné, zatímco jednotky pocházející z různých shluků by měly být, z hlediska sledovaných znaků, navzájem co nejvíce odlišné. Na rozdíl od faktorové či komponentní analýzy se v analýze shlukové nesnižuje počet proměnných, ale jedná se zde nejčastěji o shrnutí pozorovaných jednotek do skupin, přičemž počet těchto skupin se může obecně pohybovat od jedné až do n , kde n je výchozí počet územních jednotek. Praktický význam má však jen takový počet skupin neboli shluků, který je výrazně menší nežli n .

Výsledek shlukové analýzy závisí do jisté míry na volbě a případně i počtu znaků, na zvoleném vyjádření podobnosti jednotek a na použitém způsobu shlukování (Heřmanová, E., 1991).

3. Celospolečenský vývoj vybraných zemí v období transformace

Pro hodnocení projevů rizikového chování za dob transformace i po něm, je vhodné se zorientovat v demografickém a sociálním vývoji analyzovaných pěti států.

3.1 Bulharsko

Bulharsko zaujímá území 111tisíc km² s počtem obyvatel v roce 2007 7.7 milionů, který od roku 1989 konstantně klesá v následku záporné hodnoty přirozeného přírůstku obyvatel a výrazné emigraci především mladší části obyvatelstva. Etnické složení v Bulharsku je charakteristické velkými regionálními rozdíly a je zastoupeno: 83.5% Bulharů, 9.5% Turků, 4.6% Romů a 0.9% různých národnostních menšin (Eurostat , 2007).

Socio-ekonomická transformace, která probíhala v Bulharsku od roku 1989, měla dalekosáhlý vliv na zdravotní stav celé populace. Dramatické ekonomické i sociální změny měly řadu dopadů na duševní i fyzické zdraví obyvatel a významně se promítly do demografických ukazatelů. Jako příklad negativních demografických projevů v transformačním období můžeme uvést: nízkou porodnost, rostoucí úmrtnost na řady příčin, stoupající kojeneckou úmrtnost, vyšší míru emigrace, či vyšší podíl obyvatel nad 65 let. V důsledku vysoké emigrace a malé porodnosti celá populace výrazně stárne v celém období 90. let.

Podle údajů Světové banky, průměrný věk populace v Bulharsku byl v roce 2005 41.2 let v porovnání s hodnotou 39.4 let za rok 1998. Z toho vyplývá, že bulharská populace je jednou z nejstarších v porovnání s ostatními evropskými zeměmi. Tento fenomén se projevuje výrazněji ve vesnicích a menších městech Bulharska v porovnání s městským obyvatelstvem (The World Bank, 2008).

V transformačním období naděje dožití při narození rovněž vykazuje významný pokles. V první polovině devadesátých let dokonce klesla pod úroveň let šedesátých, kdy naděje dožití při narození dosahovala hodnoty 70.64 let. V případě mužské části populace se situace vyvíjela hůř, kdy tento ukazatel dosáhl v roce 1995 67.11 let. Od roku 1998 se situace pozvolna zlepšuje a naděje dožití při narození byla 69.1 pro muže a 76.30 let pro ženy. V případě celkové plodnosti je situace podobná. Počet dětí na jednu ženu klesl z hodnoty 1.81 v roce 1990 na 1.31 v roce 2005 při absolutním minimu v roce 1997, které činilo 1.09 dítěte

na jednu ženu (WHO, HFA Database, 2008). Navzdory rostoucí tendenci v průběhu posledních osmi let, se Bulharsko stále nachází pod hranicí 2.2 děti na jednu ženu, která je nutná k celkovému populačnímu přírůstku. Výše zmíněný reprodukční jev je nejvýrazněji způsoben intenzivním procesem stárnutí populace, respektive stárnutím bulharských žen v reprodukčním věku. Důvodem mohou být právě obtížnější socio-ekonomické podmínky v důsledku transformačních změn. Nejistá životní situace po roce 1989 nebyla příznivá k rozhodnutí rodin mít vlastní potomky. Stejnou klesající tendenci vykazuje i míra porodnosti, která poklesla o 4.49 % na hodnotu 8.98 % v roce 2005. Úmrtnost v námi sledovaném období pravidelně stoupá stejně u obou pohlaví, jen v posledních pěti letech s větší intenzitou u mužské části populace. Míra úmrtnosti mezi roky 1989 a 2005 vzrostla z hodnoty 11.89 % na 14.15 %.

V případě zdravotnictví se v Bulharsku hodnoty počtu lékařů i počtu nemocnic na 100.000 obyvatel kupodivu pohybují od prvních let transformace nad průměrem EU-15 a vysoko nad hodnotami pěti analyzovaných zemí. V počátcích transformace, roce 1989, údaj vyjadřující počet lékařů na 100.000 obyvatel byl 313.9 v porovnání s průměrem EU-15, který činil v tom samém roce 300.15 lékařů na 100.000 obyvatel. V roce 2005 stoupl počet lékařů na 100.000 obyvatel na hodnotu 364.96. Podobná situace byla rovněž u ukazatele počtu nemocnic na 100.000 obyvatel. V průběhu transformace vzrostl počet nemocnic až k hodnotě 4.01 nemocnic na 100.000 obyvatel v roce 2005. Pro srovnání, v tom samém roce mělo Rumunsko 195.77 nemocnic na 100.000 obyvatel a průměr EU-15 byl 331.25. Problémem Bulharska může spíše být kvalita poskytovaných zdravotnických služeb. Celkové výdaje ve zdravotnictví v paritě kupní síly státu byly v roce 1989 227.88 USD na obyvatele a poslední zaznamenaná data jsou z roku 1995 kdy hodnota výdajů klesla na 214.14 USD na obyvatele. Další údaje nebyly k dispozici ale je možno předpokládat, že celkové výdaje ve zdravotnictví by pozvolna narůstaly, stejně jako ostatních čtyřech sledovaných zemích.

Podle organizace The World Bank (2008), ekonomika Bulharska patří k těm slabším v Evropě a nejslabším v rámci Evropské unie. Hospodářství této východobalkánské země se drasticky propadlo po zhroucení RVHP a zavedení volného trhu. Životní úroveň v samotném Bulharsku se tak snížila o 40 %, na úroveň roku 1989 se podle bulharských statistik dostala až teprve v červnu 2004 (Human Development Report, 2006/2007). Dalším z faktorů, kromě problémů s přechodem na tržní ekonomiku, který bulharské hospodářství těžce poznamenal, bylo uvalení sankcí na země jako Irák a Jugoslávie, kam Bulharsko vyváželo významnou část své produkce. První známky růstu se objevily v letech 1994 (růst GNP o 1.4 %) a 1995

(růst o 2.5 %). Hodnota hrubého národního produktu (GNP) celkově stoupla z 2,680 USD na obyvatele v roce 1989 k 3,450 USD na obyvatele v roce 2005. Dalším důsledkem socio-ekonomické přeměny byl na počátku devadesátých let vzestup míry nezaměstnanosti. Před rokem 1989 přirozená nezaměstnanost vůbec neexistovala, proto byly první údaje po revoluci (1.7 % v roce 1990) velmi nízké. V důsledku transformace hospodářství v roce 2004 nezaměstnanost stoupla na hodnotu 12.2 % (WHO, HFA Database, 2008).

Nejnovější zprávy Centra pro studium demokracie (2007) uvádí, že počet známých korupčních případů v Bulharsku stoupá a většina z nich zůstane nepotrestaná. Zatímco v devadesátých letech se korupce vyskytovala především při zneužívání fondů a v případech uplácení privatizačních rozhodnutí, současné případy se objevují hlavně u veřejných zakázek, rozdělování fondů Evropské unie a podvodů s daněmi. Z toho plyne, že v Bulharsku bují organizovaný zločin, který získává kontrolu nad částí ekonomiky. Právě rozsáhlá korupce, kriminalita a dopad nepopulárních ekonomických opatření měly za následek neustálé střídání vlád a nestabilitu země, což se projevovalo po celá 90. léta. Až v roce 1998 byly zaznamenány první náznaky prosperity (Centrum pro studium demokracie a kultury, 2007).

Velkým problémem však stále byla inflace, která roku 1994 dosáhla alarmujících 122 %. Přestože inflace klesla zhruba na čtvrtinu, rok 1996 nepřinesl pokračující růst a obnovu ale úpadek, a to hlavně díky strategickým chybám; zemědělská politika byla zcela neúnosná a decentralizovaný bankovní systém nakonec vyhnal inflaci až na 311 %, což vedlo k zhroucení měny leva. Následně bylo nutné ekonomiku restrukturalizovat. Se situací souhlasil MMF i Světová banka. Na počátku 21. století se podařilo zvýšit ekonomický růst, kterému přispělo plnění předstupních kritérií Evropské unie. Pozitivně by se mohlo projevit i přijetí eura v horizontu let 2010 až 2012. Velkým přínosem je také turistický ruch. Bulharsku se podařilo propagovat v zahraničí své mořské pobřeží i památky ve vnitrozemí (Wikipedia, Ekonomika Bulharska, 2008).

V roce 1998 byla s Bulharskem rovněž zahájena vstupní jednání o vstupu do EU a NATO. Bulharsko se stává 7. května 1992 členem Rady Evropy a 1. února 1995 kandidátem do Evropské unie. 6. dubna 1996 se zapojuje do programu NATO "Partnerství za mír". Postupné důkladné přepracovávání ústavy vytváří nové zákonné možnosti pro potvrzení parlamentní demokracie a tržní ekonomiky. Bulharsko se 2. dubna 2004 stává plnoprávným členem Severoatlantické aliance a dokončují se vstupní rozhovory o jeho přijetí do Evropské

unie. V dubnu 2005 se podepisuje příslušná dohoda o vstupu Bulharska do Evropského společenství dnem 1. ledna 2007. Bulharské obyvatelstvo je ale ze vstupu do populární unie rozčarované, protože čekali zázrak, který nepřišel. Místo toho do země jen přišlo víc západních investorů, což povzbudilo nárůsty cen. Na pozitivní efekty přílivu kapitálu si Bulhaři ještě pár let budou muset počkat. Jejich ekonomika je dost slabá a tak silně podkapitalizovaná, že to pár lokálních zásahů v podobě zahraničních investic, především na pobřeží, nezachrání (Wikipedia, 2007).

3.2 Chorvatsko

Chorvatsko, podle údajů z roku 2007, je země s počtem 4.5 milionů obyvatel žijících na území 56 542 km². Hustota osídlení v tom samém roce dosáhla 80.48 obyvatel na km². Podle WHO se míra urbanizace v průběhu transformačního období výrazně neměnila a v roce 2005 dosáhla 59 % (Eurostat, 2007).

Stejně jako ve většině evropských zemí, i Chorvatsko se od počátku devadesátých let potýkalo s depopulací a nárůstem starší části obyvatelstva nad 65 let. V roce 2004 populace ve věku 0-14 let tvořila pouze 16.14 %, což je o 3.75 % méně než v roce 1996 (19.89 %). V tom samém období byl zaznamenán nárůst populace starší 65 let o 4.32 % (12.32 % v roce 1996 na 16.64 % za rok 2004). Přírozený populační přírůstek byl v celém hodnoceném období záporný a v roce 2003 dosáhl svého minima (-2.9). S tím souvisí i celkově klesající míra porodnosti, která na počátku transformace, v roce 1989 byla 11.67 ‰. Nejvyšší hodnota (12.14 ‰) byla sice zaznamenána v roce 1997, ale poté porodnost pozvolna klesla na 9.57 ‰ v roce 2005. Chorvatsko se stále potýká s velmi vysokou úmrtností v porovnání s ostatními zeměmi Evropy, což je spolu s nízkou porodností příčinou právě výše zmíněného záporného populačního přírůstku. Míra úmrtnosti nevykazuje žádný pozitivní vývoj za celé sledované období, kdy se pohybovala v rozmezí 11.03-11.66 ‰. Oproti tomu kojenecká úmrtnost měla více než příznivý vývoj, dokumentovaný poklesem hodnot od roku 1989, který je srovnatelný s úrovní vyspělejších zemí západní Evropy (3.88 ‰ v roce 2005) (WHO, HFA Databases, 2008). Výše zmíněná nepříznivá populační situace započala v Chorvatsku po roce 1990, zároveň s občanskou válkou, která významně ovlivnila dění v celé společnosti, jenž se promítlo do ukazatelů socio-ekonomických i demografických.

Situace v případě ukazatele naděje dožití při narození se vyvíjela příznivě, v roce 1990 byla naděje dožití při narození 68.69 let pro muže a 76.38 let pro ženy. O patnáct let později

dosáhla 71.9 let u mužské a 78.92 let pro ženskou část populace. Tyto údaje řadí Chorvatsko mezi země s nejlépe se vyvíjející situací v regionu. Dalším demografickým ukazatelem je novorozenecká úmrtnost, která na počátku transformace činila 7.45 úmrtí na 1,000 živě narozených a poklesla na hodnotu 4.05 v roce 2005.

Ve kvalitě zdravotnictví se Chorvatsko nachází pod celoevropským průměrem. Například absolutní počet lékařů v roce 2004 činil 11,093, což bylo pouze 2.5 lékaře na 100,000 obyvatel. Průměr EU-15 byl 3.5 lékaře na 100,000 obyvatel v tomtéž roce. V Chorvatsku bylo celkem 66 nemocnic schopných poskytnout 3.6 lůžek akutní péče na 100,000 obyvatel (2005). Situace ve zdravotnictví je dlouhodobě vystavena finančním deficitům a bude vyžadovat mnoho úsilí a investic pro dosažení průměru zemí Evropské unie.

V celém období transformace byla situace na území Chorvatska velmi nestabilní. Hlavním problémem byly etnické nepokoje, které často nabývaly válečné povahy. Boje nebylo schopné zastavit ani NATO, OSN či EU. Střídání vlád a neutichající občanské konflikty tak nedovolily Chorvatsku budovat prosperující ekonomiku ani kvalitní sociální systémy, tolik potřebné v zemi zmítané válkou. Nezávislé Chorvatsko bylo po ukončení všech bojů v roce 1999 z velké části zničené a muselo se stát příjemcem mezinárodní pomoci. Programy Spojených států amerických zde probíhají do dnes a Evropská unie podporuje Chorvatsko v souvislosti s případným budoucím vstupem země do evropského společenství. V říjnu roku 2004 Evropská unie zahájila členská předvstupní jednání s Chorvatskem. Hovory byly závislé mimojiné na chorvatské spolupráci s tribunálem válečných zločinů pro bývalou Jugoslávii, proto si země Evropské unie vyžádaly vyhledání a vydání generála Ante Gotoviny, ke kterému došlo 8. prosince 2005. Tím sice byla pokořena jedna z mnohých překážek pro úspěšné plnění vstupních kritérií, ale mnoho jich stále zůstává nerealizovaných. (<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/186038-historie-chorvatska>).

Podle průzkumů WHO, před válkou v 90. letech bylo hospodářsky Chorvatsko po Slovinsku nejvíce prosperující a industrializovanou zemí v Jugoslávii. Jeho kapitál byl téměř o jednu třetinu vyšší než jugoslávský průměr (Human Development Report, 2006/2007). Ekonomické problémy a následné válkou způsobené škody však přinesly hospodářskou krizi. Veřejná zpráva, zpracovaná Evropskou unií pod vedením J. Zukala (2008) uvádí, že byly přerušeny hlavní ekonomické vazby a turistický ruch, který byl zdrojem více než 10% HDP, zcela pominul. Situaci vystihovala i zvyšující se nezaměstnanost, která se navýšila od roku 1990 (7.2 %) o více než 10 % na hodnotu 17.9 % v roce 2005 (Zukal, J., 2008).

Velkým problémem nadále zůstává vysoká nezaměstnanost. Údaj, podle něhož je z řad etnických minorit nezaměstnáno i 44 % právníků nebo 31.5 % lékařů ukazuje, že i vysoce kvalifikovaní imigranti se na trhu práce uplatňují hůře než domácí. Jedním z důvodů je neformální diskriminace příslušníky domácí populace, která má pod vlivem všeobecně špatné ekonomické situace často sklon vidět ve vyhnancích nevítanou pracovní konkurenci. Postavení mnoha nucených migrantů v bývalé Jugoslávii se podobá postavení ilegálních imigrantů v západní Evropě (Human Development Report, 2006).

V důsledku státních aktivit i přílivu zahraničních investic se ekonomická situace v posledních letech v Chorvatsku zlepšuje, v období 1995–2004 činil hospodářský růst v průměru ročně 4 % a v roce 2004 dosahoval hrubý domácí produkt na obyvatele hodnoty 49 % průměru Evropské unie. Podle tohoto ukazatele by se Chorvatsko v žebříčku Evropské unie zařadilo za Polsko a jednoznačně by předstihlo Bulharsko a Rumunsko. Jak produktivita práce, tak i zaměstnanost jsou v Chorvatsku podstatně nižší než v Evropské unii. O relativní zaostalosti chorvatské ekonomiky svědčí také fakt, že 17 % pracujících bylo zaměstnáno v zemědělství. Hrubý národní produkt se pozvolně navyšoval, ale pomalejší měrou než například v České republice. V roce 1990 byl 2,750 USD a o deset let později 8,290 USD. Regionální rozdíly v hrubém národním produktu na obyvatele jsou poměrně vysoké. Úroveň GNP v Záhřebu, hlavním městě Chorvatska, činila v roce 2003 přibližně 86 % průměru Evropské unie, což byl zhruba dvojnásobek úrovně v ostatních regionech země. Například v severovýchodním Chorvatsku dosáhl průměr GNP na obyvatele hodnoty kolem 61 % unijního průměru, zatímco ve východním Chorvatsku činil tento ukazatel méně než 34 % průměru Evropské unie (Zukal, J., 2008).

3.3 Česká republika

Česká republika má rozlohu 78,864 km² a na počátku roku 2008 dosáhla 10.46 milionů obyvatel. Podle WHO byla míra urbanizace v České republice na počátku transformačního období 78.88 % a v průběhu 14 let klesla na 73.6 % (Eurostat, 2007). V otázce populačních i socio-demografických charakteristik měla Česká republika podobný vývoj jako ostatní post-komunistické země, ale situace se ve všech směrech vyvíjela nejpříznivěji.

Přirozený přírůstek má Česká republika od roku 1994 záporný a jeho aktuální hodnota (-1.7 %) je jednou z nejnižších na světě. Ukazatel úhrnné plodnosti dosáhl hodnoty 1.23 dítěte na jednu ženu v roce 2006. Intenzita plodnosti vdaných žen sice od roku 1995 mírně vzrostla, ale zvláště ve věku do 25 let zůstala hluboko pod úrovní roku 1990 (1.89 dětí na jednu ženu). Příčinu záporného přirozeného přírůstku lze uvažovat také nízkou mírou porodnosti, která významně klesá po celou dobu transformace, stejně jako ve všech zemích bývalého komunistického režimu. V roce 1990 byla porodnost 12.39 ‰ a v průběhu transformace klesla na 9.98 ‰. Pozici České republiky z hlediska střední délky života je možné shrnout slovy J., Rychtaříkové (2006): "Střední délka života v ČR je nejlepší na východě ale nejhorší na západě", tento ukazatel v roce 1990 byl 67.63 let pro muže a pro českou ženu 75.54 let, v roce 2007 stoupl na 72.1 let pro muže a 78.5 let pro českou ženu (Rychtaříková, 2006). Pro porovnání je průměr zemí EU-15 v roce 2007 75.8 let pro muže a 81.6 let střední délky pro ženskou část populace. Česká republika se dále vyznačuje relativně nízkým podílem osob starších 65 let, do roku 2050 lze očekávat nárůst tohoto ukazatele nad průměrnou úroveň. Velmi nízký je i podíl dětí ve věku 0-14 let. Vývoj úmrtnosti, podle údajů WHO měl v celém transformačním období klesající charakter. Míra úmrtnosti klesla z hodnoty 12.46 ‰ v roce 1990 na 10.55 ‰ za rok 2005. Tento pozitivní jev svědčí o rostoucí kvalitě zdravotnictví a služeb a zvyšující se životní úrovni české populace. Jedinečnost v pozitivním slova smyslu naopak zaznamenává Česká republika v ukazateli kojenecká úmrtnost, která se u nás v roce 2004 snížila na 3.7 ‰ z původních 7.72 ‰ v roce 1990. Průměr vyspělejších zemí západní Evropy činí 4.3 ‰ (WHO, HFA Databases, 2008).

V otázce sociálních služeb a zdravotnictví byla Česká republika v průběhu celého transformačního období hluboce podfinancovaná a hodnoty ukazatelů se pohybovaly výrazně pod evropským průměrem. Teprve od roku 1997 se situace začíná zlepšovat v důsledku přípravy na vstup do Evropské unie a plněním předvstupních kritérií. Počet lékařů na 100,000 obyvatel v roce 1989 byl 272.14 v ČR oproti průměru EU-15 300.15. V roce 2005 se počet zvýšil na 355.49 lékařů na 100,000 obyvatel. Údaj o počtu nemocnic rovněž rostl v průběhu celého transformačního období.

Co se týče výchozích ekonomických podmínek, bývalá Československá socialistická republika patřila k průmyslově nejrozvinutějším zemím bývalého sovětského bloku. Zároveň byla mezi socialistickými ekonomikami jednou z nejcentralizovanějších – před rokem 1989 bylo v soukromém sektoru zaměstnáno pouze 1.2% obyvatelstva a nezaměstnanost byla

uměle udržována na minimální úrovni (Veselý, L., 2005). Ekonomika ČSSR vykazovala mnoho neduhů typických pro socialistické ekonomiky: neefektivní alokaci zdrojů, nadměrný rozvoj některých odvětví (těžký průmysl, těžba nerostných surovin), rozšířené plýtvání, nedostatek či nízkou kvalitu produktů a zanedbání ekologických hledisek. V prvních letech transformace došlo v zemích středoevropského regionu ke značnému propadu výkonnosti ekonomiky. Příčinou hospodářského poklesu byly jednak změny strukturální – rušení neefektivních a nepotřebných výroby, privatizace, ústup od automatického úvěrování podniků, a také změny v zahraničně obchodní politice. Česká ekonomika, která roku 1989 rostla o 4.5 % se v následujícím roce propadla o 1.2 %, v roce 1991 o silných 11.5 % a v roce 1992 poklesl GNP o 3.3 %. Hospodářství začalo opět prosperovat od roku 1993. I přes značný pokles patřila česká transformační recese ve srovnání s ostatními zeměmi regionu k těm mírnějším. Česká ekonomika rostla i v letech 1994 až 1996. V roce 1995 dokonce přesáhl růst 6% hranici. Od roku 2000 pak ekonomika České republiky roste zhruba tříprocentním tempem (Veselý, L., 2005).

Důležitým ukazatelem ekonomické situace majícím vliv na sociální aspekty společnosti, je míra nezaměstnanosti. Nulová nezaměstnanost socialistické éry nebyla přirozeným jevem ani důkazem schopnosti socialistického systému zajistit práci pro každého. Naproti tomu ve funkční tržní ekonomice je určitá míra nezaměstnanosti přirozená. Po roce 1990 začala nezaměstnanost stoupat. V České republice rostla míra nezaměstnanosti zpočátku velmi pomalu a v první polovině minulého desetiletí byla podstatně nižší než v sousedních zemích. Zatímco v ostatních post-transformačních zemích už v roce 1991 nezaměstnanost přeskočila desetiprocentní hranici, v České republice se až do recese roku 1997 držela na velmi nízké úrovni, mezi třemi a čtyřmi procenty (v roce 1990 0.7 %). Nezaměstnanost začala výrazněji růst až v průběhu roku 1997. Během dalších dvou let se míra nezaměstnanosti dostala k 9%, kde stabilně setrvala i v prvních letech jednadvacátého století (WHO, HFA Databases, 2008).

Po rozpadu komunistického bloku a vzniku demokratického systému došlo v Československu také k zásadním změnám v řízení, organizaci a financování zdravotní péče. Významně se začala zvyšovat dostupnost nejmodernějších léků a léčebných metod. Od počátku 90. let se v důsledku toho snižuje celková úmrtnost, v některých skupinách chorob se úmrtnost snížila skokově. Nejvíce o tom svědčí údaje o léčbě selhání ledvin a kardiovaskulárních onemocnění. Umožnil to nový způsob financování, přesněji řečeno

se Češi pokusili o návrat k předválečnému systému, který byl založen na solidárním veřejném zdravotním pojištění. Bylo obnoveno pravidlo svobodné volby lékaře či zdravotnického zařízení a tím obecná dostupnost zdravotní péče ve standardu srovnatelném s vyspělým světem. Zdravotnictví v komunistickém Československu se potýkalo s nedostatkem financí. Podle zprávy pro Evropskou unii publikované J. Zukalem (2004), v roce 1989 se za zdravotní péči utratily pouze 4 % hrubého domácího produktu, v roce 1993 obnovením pojistného systému vzrostly výdaje na 6 %, v současné době se blíží k 8% procentům HDP (Zukal J., 2004). V absolutních číslech putuje však do českého zdravotnictví ve srovnání s nejbohatšími evropskými zeměmi několikrát menší částka, podle posledních výpočtů celkových výdajů ve zdravotnictví v kupní paritě síly v roce 2005 se výdaje v ČR zvýšily na 1,413 USD na obyvatele. Pro srovnání Velká Británie v tom samém roce investovala do zdravotnictví 2,778.79 USD (WHO, HFA Databases, 2008).

V transformačním období považuje L. Šára ve svém článku za nevyhnutelné zmínit důležité milníky české historie, které mohou pomoci vysvětlit řadu nastalých fenoménů v otázce socioekonomického kontextu, klíčovém pro předkládanou práci. Jedním z nich byl rozpad Československa, potom co slovenští představitelé mající již od roku 1989 jiné představy a názory na situaci současnou i budoucí se rozhodli, že vytvoří samostatný stát. Po obtížných jednáních přestalo Československo po téměř 75 letech existovat a 1. ledna 1993 rozpadl společný stát Čechů a Slováků a vytvořily se dva samostatné státy – Česká republika a Slovenská republika. Česká republika se později stala členem významných mezinárodních demokratických organizací. Mezi prvními se v roce 1994 oficiálně začíná ucházet o členství v Evropské unii. Následuje řada nových opatření pro splnění vstupních podmínek týkajících se všech sfér společnosti od ekonomické přes politickou a konče kupříkladu sférou sociální. O deset let později, 1.5. 2004, se Česká republika stává členem Evropského společenství, kde v rámci unie spolupracuje s ostatními evropskými státy. Dalším důležitým krokem bylo členství v Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Pod záštitou NATO, do kterého Česko vstoupilo roku 1999, se Česká republika podílí na společné obraně demokratických států (Šára, L., 2006).

3.4 Rumunsko

Rumunsko o rozloze 238,391 km² mělo v roce 2007 21.7 milionů obyvatel. Hustota zalidnění byla v roce 2005 93 obyv./ km² a míra urbanizace se zvýšila z 52 % za rok 1989 na 53.5 % v roce 2005. Národnostní složení tvoří: 89.5 % Rumunů, 6.6 % Maďarů, 2.5 % Romů, 0.3 % Němců a 0.3 % Ukrajinců (Eurostat, 2007).

Hodnoty ukazatelů WHO za Rumunsko jen potvrzují pozici této země daleko za průměrem celé Evropy. Vývoj přirozeného přírůstku byl ovšem v období transformace podobný jako v ostatních analyzovaných zemích. Plodnost v roce 1989 byla 2.2 děti na jednu ženu, poté zaznamenala prudký pokles a od roku 1996 setrvává na hodnotě 1.3 dětí na jednu ženu. Nyní se stejně jako v ostatních post-komunistických zemích udržuje na jedné z celosvětově nejnižších úrovní. Plodnosti ubývá zřetelně od východu k západu a v bývalých maďarských částech je nejnižší. Také porodnost v období transformace postupně klesala z hodnoty 15.96 ‰ v roce 1989 na hodnotu 10.22 ‰. Mezi roky 2001-2004 se porodnost pohybovala na nejnižší úrovni nepřekračující hodnotu 9.82 ‰. Charakteristická pro Rumunsko je výrazně vysoká úmrtnost, především na venkově. Její hodnoty jsou jedny z nejvyšších v porovnání s ostatními zeměmi Evropy. Alarmující je, nejen podle zpráv WHO, že se její míra nelepší a dokonce v posledních čtyřech letech zaznamenala nárůst na 12.12 ‰ v roce 2005 (její hodnota byla 10.68 ‰ v roce 1989) (Human Development Report, 2007/2008). Vysoké hodnoty vykazuje Rumunsko i v případě novorozenecké úmrtnosti, která v průběhu posledních patnácti let nezaznamenala pozitivní vývoj na rozdíl od ostatních post-komunistických zemí. V roce 1989 dosáhla 8.67 ‰ a zůstala téměř nezměněná i v roce 2005, kdy měla hodnotu 8.47 ‰ (WHO, HFA Database, 2008). Výše popsaná situace svědčí o minimálních pozitivních dopadech a celkových zlepšeních v oblasti socio-ekonomické v době transformace i po ní.

V otázce zdravotnických ukazatelů, kdy se sice absolutní počet nemocnic zvýšil z 332 na 421 mezi roky 1989 až 2005, ale stále Rumunsko výrazně zaostává za průměrem EU-15, který činil 331.8 nemocnic v roce 2005. Počet lékařů na 100,000 obyvatel v roce 2005 byl 195.77. Celkové výdaje ve zdravotnictví Rumunska v paritě kupní síly státu v roce 1989 byly 71.1 USD na obyvatele a stouply na 305 USD na obyvatele v roce 2005. Pro srovnání můžeme uvést údaje pro Velkou Británii, kde činila částka vládních výdajů ve zdravotnictví v roce 2005 2,724 USD na obyvatele (WHO, HFA Database, 2008).

V celém období transformace byla politická situace velmi nestabilní a nepřinesla žádná výraznější zlepšení s pozitivním dopadem pro bulharské obyvatele. V květnu 1990 se konaly první svobodné volby, avšak nová vláda nebyla schopna řešit problémy země, schválit nové zákony a přivést zemi na novou demokratickou moderní cestu. Do současnosti se u moci střídalo mnoho politických stran, ale žádná se v čele státu neudržela tak dlouho, aby mohla zavést nové zákony vedoucí k vzestupu ekonomiky a celospolečenské úrovně Rumunska.

V průběhu 90. let 20. století, se rumunská ekonomika také potýkala s přestupem k tržnímu způsobu hospodářství. Hrubý národní produkt (GNP) v roce 1989 byl pouze 1,730 USD na obyvatele. Situace nebyla příznivá, zvyšující se ceny na trzích i ceny potravin vedly k veřejným nepokojům a protestům. V roce 1991, ještě před tím, než se projevil přechod k tržnímu způsobu hospodaření, činila nezaměstnanost pod vlivem předešlé normalizace pouze 3 %, ale v roce 2005 byla její hodnota mnohokrát vyšší (16.2 %), stejně jako u ostatních post-komunistických zemí. V důsledku omezení těžkého průmyslu došlo k uzavření velkých dolů, což vedlo k rozsáhlým stávkám mezi horníky, jenž přišli o práci a také právě k nárůstu nezaměstnanosti. Privatizace státních podniků probíhala nesměle a hlavní slovo měli zahraniční investoři. Nejvýznamnějším problémem, brzdícím veškeré snahy v oblasti politické i ekonomické, byla rozsáhlá korupce. Na rozdíl od ostatních zemí socialistického bloku, rumunská ekonomická transformace vykazuje jen malou efektivitu, kterou lze dokumentovat nízkým nárůstem GNP, který činil v roce 2005 3,910 USD na obyvatele. Pro srovnání můžeme zmínit, že GNP se v Rumunsku, v průběhu patnácti let transformace, navýšil o 2,180 USD a v České republice za stejné období o 8,520 USD (WHO, HFA Database, 2008).

V říjnu roku 2003 země prodělala zásadní ústavní změny zabývající se ochranou práv a svobod etnických minorit, změny zákona byly utvářeny s pomocí Evropské unie. Ta jako jedno z předstupních kritérií určila právě snížení korupce. Následujícím významným krokem, v rumunské transformačním procesu, byl vstup země do Severoatlantské aliance v květnu 2004. O pět měsíců později, dne 26. září 2006 zveřejnila Komise evropské unie dlouho očekávanou monitorovací zprávu o připravenosti Rumunska na vstup do Evropské unie. Na základě solidního pokroku, zaznamenaného v poslední době, zpráva o připravenosti Bulharska a Rumunska na vstup do Evropské unie uvádí, že Rumunsko bude schopno přijmout práva a závazky vyplývající z členství v Evropské unii již k 1. lednu 2007 a to i přesto, že Evropská unie upozornila na řadu oblastí, které je potřeba zlepšit. Zvláště

akcentována byla potřeba přidat v reformě soudnictví a v boji proti korupci. Podle plánu Rumunsko vstoupilo do Evropské unie v lednu roku 2007, přestože je stále daleko za průměrem členských evropských zemí a stále má mnoho co zlepšovat na všech sférách existence státu. Boj proti korupci nadále zmiňuje Komise jako „nejaktuálnější téma“ a požaduje větší úsilí Rumunska, aby dostalo závazkům společenství, jak bylo podmíněno v předstupních jednáních (Jedlička, J., 2006).

Transformační proces nastartovaný v Rumunsku s sebou přinesl obrovský vzrůst chudoby. Odhady úrovně chudoby v Rumunsku uvádějí, že v letech 1989 až 2000 vzrostla ze 7 % na 44 %. Rozhodující je, že úroveň chudoby je v Rumunsku vysoce distributivní a nepoměrně negativně tak ovlivňuje především rodiny s více než třemi dětmi. Emigrace (jak legální tak nelegální) za prací je v Rumunsku přímo spjatá s chudobou, nezaměstnaností a nerovnými možnostmi. Nelegální emigrace je v Rumunsku stejně tak spjatá s expanzí organizovaného zločinu a jeho zaměřením na obchod s lidmi. Organizovaný zločin využívá výše uvedených faktorů, jež spoluvytvořily obrovskou nabídku zoufalých potencionálních pracovních migrantů, k tomu aby tyto nelidsky vyvážel na „trh“ cílových zemí (Human Development report, 1997). Jak uzavírá organizace „*Save the Children Romania*“: „Zatímco problém migrace je řešen na úrovni politických prohlášení, reálná situace v Rumunsku zůstává doslova nedotčená.“ (IOM Praha, 2002). Migrace nezletilých dětí tvoří část rozsáhlé problematiky neregulární migrace z Rumunska. Největší počet nezletilých migrantů bez doprovodu žádajících v ČR o azyl byl zaznamenán v roce 2001. Za roky 2002 a 2003 se počet podaných žádostí o azyl ze strany nezletilých migrantů z Rumunska podstatně snížil (MVČR, Migrace v Rumunsku, 2007).

3. 5 Slovensko

Slovenská republika se rozkládá na území 49,035 km² a údaje z roku 2007 hovoří o počtu 5.4 milionů obyvatel. Hustota zalidnění byla 103 ob./ km² a míra urbanizace v roce 2007 dosáhla 56.2% oproti údaji o deset let staršímu s hodnotou 58 %. Národnostní složení Slovenska tvoří: 85.8 % Slováků, 9.7 % Maďarů, 1.7 % Romů, dalšími minoritami jsou Rusíni a Češi (Eurostat, 2007).

Zpráva Institutu informatiky a statistiky v Bratislavě z roku 2005 uvádí, že věková struktura v roce 2007 byla charakterizována údaji: 0-14 let: 19 %, 15-64 let: 69 %, 65 a více

let: 12 %. Regresivní typ věkové pyramidy Slovenska vyjadřuje záporný přirozený přírůstek obyvatelstva, charakteristický každoročním úbytkem především v mladších věkových skupinách. Tento jev souvisí s prudkým poklesem porodnosti v posledních dvaceti letech (Demografická charakteristika rodiny na Slovensku, 2005).

Do roku 1980 bylo Slovensko charakteristické vysokým populačním přírůstkem i porodností. V následujícím období transformace se demografická situace radikálně změnila. Plodnost i porodnost zaznamenala rapidní pokles, v roce 1990 byla úhrnná plodnost 2.09 dětí na jednu ženu a následně klesala, nejvýrazněji v první části devadesátých let. V roce 2005 hodnota úhrnné plodnosti byla 1.25 dětí na jednu ženu (WHO, HFA Databases, 2008). Absolutní přirozený přírůstek v roce 1991 dosáhl téměř 24tisíc osob, v roce 1994 jen 15tisíc a do roku 1999 klesl na 3.8tisíc. V roce 2000 se sice navýšil, ale v hrubé míře jen o 0.4 %. Výši přirozeného přírůstku určuje mimo jiné míra úmrtnosti, která na Slovensku mírně klesá z hodnoty 10.22 ‰ v roce 1989 na 9.98 ‰ v roce 2005. Pro Slovensko charakteristická je výrazná redukce kojenecké úmrtnosti o 3.2 ‰ na údaj z roku 2005, který byl 4.2 ‰.

Při prudkém poklesu přirozeného přírůstku vzrůstá vliv migrace, která v transformačním období rovněž zaznamenává výrazné změny. Po poměrně vysokém migračním úbytku v roce 1992, který souvisel s rozdělením Československa, se podle údajů slovenského statistického úřadu (2001), Slovensko stává migračně ziskovou zemí. Od roku 1993 se na Slovensku eviduje migrační přírůstek ve výši 17.6tisíc osob. Celkový přirozený přírůstek vyjádřený v hrubé míře, byl v roce 2000 nižší než 1 % a další předpoklady hovoří o dalším poklesu (Demografie Slovenska, 2001).

Podle WHO, průměrný věk na Slovensku dosahoval v roce 1990 pro ženskou část populace 75.77 let a 66.78 let pro muže. Zlepšující se situace je dokumentována daty z roku 2005: 78.23 let pro ženy a 70.32 let pro muže.

Stav slovenského zdravotnictví je charakterizován údaji Světové zdravotnické organizace v podobě počtu nemocnic na 100,000 obyvatel, který byl v roce 1990 2.16 a o patnáct let později vzrostl na 2.76 nemocnic v porovnání s 3.14 nemocnicemi na 100,000 obyvatel Evropské unie před rokem 2004. Počet lékařů na 100.000 obyvatel stoupl z 285.03 v roce 1990 na 313.25 v roce 2005. Což dokumentuje zvyšující se míru pozornosti i finančních vkladů do zdravotnictví na Slovensku (WHO, HFA Database, 2008).

Období bezprostředně po zhroutilí centrálně plánované ekonomiky v roce 1989 bylo na Slovensku nelehké, stejně jako v ostatních transformujících se zemích Evropy. Hospodářská situace byla komplikovaná a neuspokojivá pro většinu obyvatelstva. Celý systém v rozmezí let 1990 až 1993 zkolabovat. Kolaps byl doprovázen rychlým nárůstem cen, vysokou nezaměstnaností a poklesem GNP. Slovensko bylo velmi tvrdě zasaženo rozpadem východních a zbrojních trhů, protože bylo intenzivně soustředěno na průmyslovou výrobu. V dobách komunismu bylo základnou těžkého průmyslu, kde pracovalo až 800tisíc Slováků (Tuček, M., et al, 2000). Hrubý národní produkt dokumentuje nevýraznou efektivitu nového hospodářského systému mírným vzestupem z roku 1990, kdy hodnota byla 2,750 USD na obyvatele k údají z roku 2005 7,950 USD na obyvatele (WHO, HFA Databases, 2008).

Co se týče problematiky počtu nezaměstnaných na Slovensku, po nulové nezaměstnanosti před rokem 1989 a po zahájení transformačního procesu trh práce procházel neustálým poměrně bouřlivým vývojem. Studie *Ekonomické, ekologické a sociální aspekty transformačních procesů průmyslových regionů v integrující Evropě*, zpracovaná pod záštitou ostravské ekonomické fakulty v roce 2000, vidí nezaměstnanost jako socio-ekonomický fenomén, který jsme poznali z "kapitalistické" ciziny. Po pádu komunistického plánování ekonomik, nezaměstnanost zasáhla do života téměř všech lidí. Přejchod na tržní ekonomiku způsobil na celém Slovensku vysokou nezaměstnanost, která se místy vyšplhala až do výše 30%. Není třeba zvláště zdůrazňovat, že v tomto případě se nezaměstnanost stává závažným rizikovým faktorem a tím hraje ústřední roli ve výskytu rozličných duševních deprivací a může být jednou z příčin podílející se na vzniku vážných onemocnění. Nárůst nezaměstnanosti kulminoval v roce 2001 hodnotou 18.25 % a poté se snížil na 16.2 % v roce 2005. V této bilanci Slovensko stále zaostává nejen za EU-15, ale i za zeměmi střední a východní Evropy. Rozdíly v nezaměstnanosti v jednotlivých regionech Slovenské republiky jsou dokonce jedny z nejvyšších v rámci Evropské unie sektoru. Významným indikátorem byla, kromě samotné hodnoty nezaměstnanosti, také celková doba nezaměstnanosti. Alarmující bylo, že 40 % nezaměstnaných nemělo práci více jak dva roky. Z hlediska kvalifikace, v první polovině devadesátých let bylo největším problémem hledání práce u nespecializovaných obyvatel se základním vzděláním. Naopak nejméně nezaměstnaných bylo v řadách Slováků s vysokoškolským vzděláním nebo absolventů vyšších odborných škol. Významné rozdíly se projevíly také v počtech uchazečů na jedno pracovní místo. Na Slovensku se průměrně ucházelo o jednu práci 56 nezaměstnaných, ale Košicích to bylo 156 uchazečů a v Rimavské Sobotě dokonce 2,513 uchazečů. Všechny již zmíněné ukazatele

potvrzují veliké disbalance a rezervy v otázce fungování pracovního trhu, které volají po dalších restrukturalizacích a zásadních změnách sociální politiky, politiky velkých podniků a zaměstnavatelů, ale i například bankovního sektoru (European Central Bank, Annual report, 2000).

Jedním z nezpochybnitelných kladných kroků pro slovenskou politiku se stal vstup do Evropské unie spolu s dalšími deseti evropskými státy roku 2004. Rozdílné postoje měli i jednotlivé vládní strany. Navzdory tomu, že nová vláda, která vzešla z voleb v roce 1994 měla ve svém volebním programu vyhlášenu prioritu vstupu do Evropské unie, představitelé vládních stran zpochybňovali kritéria, splněním kterých Evropská unie podmiňovala vstup Slovenska do společenství. Výsledkem tohoto rozporuplného jednání bylo téměř úplné zablokování a znemožnění vstupních jednání trvajících až do nástupu nové vlády v roce 1998 která obnovila vstupní rokování se zástupci evropského společenství. Díky novému směru zahraniční politiky se po téměř deseti letech příprav a plnění předstupních kritérií nakonec Slovenská republika 1.5. 2004 připojila k celoevropské integraci v březnu téhož roku rovněž vstoupila do NATO (Wikipedia, 2007).

4. Analýza rizikových forem chování Bulharska, Chorvatska, České republiky, Slovenska a Rumunska v celoevropském kontextu

4.1 Rizikové chování vybraných zemí Evropy

Kouření cigaret a konzumace alkoholu patří mezi ty rizikové faktory, které výrazně a dalekosáhle ovlivňují zdravotní stav obyvatel v širokém spektru projevů a jsou příčinou řady méně i více závažných onemocnění. Souvislost mezi rizikovými faktory, jako je kouření cigaret a nadměrná konzumace alkoholu a jeho důsledky, respektive zvýšenou mírou úmrtnosti, prokazují odborné studie již několik desetiletí. Za dnes již klasické vědecké příspěvky na toto téma jsou považovány práce autorů: Peto, R., Doll, R. (1978), Doll, R., et al. (1964), kde byly publikovány vědecké závěry na základě výzkumu zabývajícím se rizikovým chováním, který započal v roce 1951. Pro možnost srovnání situace a vývoje kouření na zdravotní stav rozdílných populací, byly na základě vědeckých poznatků konstruovány Světovou zdravotnickou organizací následující ukazatele. První z nich zahrnuje všechny příčiny úmrtí související s kouřením cigaret. Proto bude *standardizovaná úmrtnost*

na příčiny smrti související s kouřením sledována u vybraných zemí v celoevropském kontextu. Pro lepší zdokumentování vývoje kouření v Evropě, jako další ukazatele byly vybrány: *prevalence kuřáctví a průměrná spotřeba cigaret za rok na osobu starší 15 let*.

Jak prokázala řada vědeckých prací (Anderson, P., Baumberg, B., 2006, Popov, P., 2006), také zvýšená konzumace alkoholu je závažným negativním faktorem ovlivňujícím zdraví evropské populace. Nadměrná konzumace alkoholu nepříznivě působí na psychické i fyzické zdraví populace a je spjata se vznikem mnoha vážných onemocnění. K hodnocení vývoje tohoto projevu rizikového chování byly vybrány ukazatele: *standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s konzumací alkoholu a míra konzumace alkoholu na osobu*. Všechny vybrané ukazatele budou sledovány v období od roku 1980 do nedávné minulosti, respektive do roku 2005.

4.1.1 Kouření cigaret

Pokud hodnotíme vývoj kouření v Evropě na základě hodnot prevalence kuřáctví v rozmezí let 1980 až 2005, lze spatřit klesající charakter (The Tobacco Atlas, 2007). Z dat poskytnutých Světovou zdravotnickou organizací v projektu The Tobacco Atlas lze vyčíst, že ve všech zemích Evropské unie došlo v průběhu sledovaných let k poklesu podílu pravidelných denních kuřáků v populaci mužů ve věku nad 15let. Nejvýraznější snížení podílu kuřáků mezi muži mezi roky 1980–2005 zaznamenaly tyto země: Švédsko, Belgie, Nizozemí, Velká Británie, Irsko a Finsko. Existuje předpoklad, že důvodem nižšího poklesu kuřáků u ženské části populace může být strach kuřáček ze zvýšení jejich tělesné hmotnosti, pokud s kouřením přestanou. Studie zpracovaná E. Kozákovou v roce 2007 uvedla, že podíl žen kuřáček v populaci nejvíce poklesl v průběhu sledovaného období ve Velké Británii, Belgii, Irsku, Švédsku a Nizozemsku a nejvíce vzrostl ve Francii, Bulharsku a Finsku (Kozáková, E., 2007). V polovině devadesátých let ještě každý třetí dotázaný občan Evropské unie (přesně 33.9 %) uvedl, že kouří. O deset let později to bylo jen 28.7 %, což znamená pokles o 15 %. Ještě rapidněji, o 40 %, se snížil počet pasivních kuřáků, tedy osob, které se cítí být obtěžovány kouřením druhých. V roce 1994 jich bylo mezi účastníky studie 40.6 %, po deseti letech už jen 24 %. To odpovídá čtyřicetiprocentnímu poklesu. Odborníci to přičítají legislativním omezením kouření na veřejnosti, například v restauracích. Podle autorů studie k tomu rovněž přispělo silnější povědomí o škodlivosti pasivní inhalace cigaretového kouře (The Smoke Free Partnership, 2008).

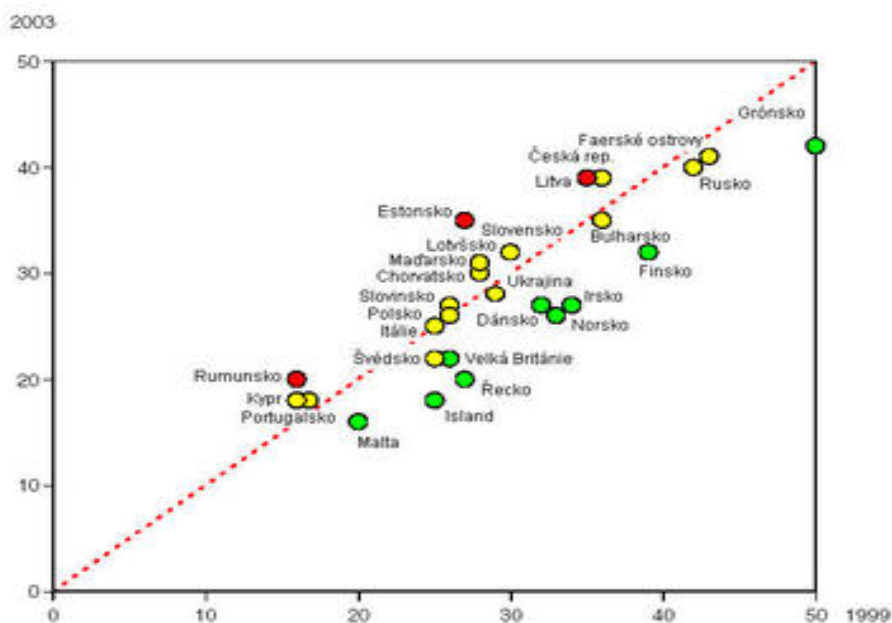
Jako konkrétní příklad země regionu západní Evropy, můžeme uvést vývoj prevalence kuřáctví ve Velké Británii, který byl sledován britským statistickým úřadem (2008). Prevalence kuřáctví klesla z 45% v roce 1974 na 35 % za rok 1982. Po roce 1980 pokles zpomalil a míra klesala jen o průměrná 2 % během dvou let až do roku 1990. Tento trend lze také dokumentovat poklesem v řadách těžkých kuřáků s vykouřenými 20 a více cigaretami denně. Procento těžkých kuřáků mužů kleslo ze 14% v roce 1990 na 11 % v roce 1998, zatímco u žen z 9% na 7 % v tom samém období. I ve Velké Británii jsou devadesátá léta typická poklesem počtu kuřáků mezi mužskou částí populace. Přesto však více kuřáků bylo opět mezi mužskou částí populace. Tento fakt britské studie vysvětlují například skutečností, že kouření u mužské části populace bylo hlouběji zakořeněné a mnohem více běžné, než u žen. Dalším z možných důvodů je, že muži častěji přestávali kouřit cigarety a začínali s kouřením doutníků či dýmek, což už není ve statistikách hodnoceno jako kouření cigaret (National Statistics of Great Britain, 2008).

Země jako Norsko, Finsko, Island, dosáhly v posledních desetiletích výrazného úspěchu ve snižování kuřáctví. V těchto zemích existuje zákaz reklamy na tabákové výrobky již od roku 1970, což vedlo ke snížení podílu kuřáků i spotřeby tabáku. Země, které mají zkušenosti s aktivitami na podporu nekouření, jako USA, Finsko či Norsko, vypracovaly celou škálu výchovných programů. Příkladem je *California Tobacco Control Program* z roku 1989, který přispěl k poklesu prevalence kouření z 22% v roce 1989 na 18 % v roce 1994 (A White Paper on Tobacco, 1998). Nejen na základě amerických zkušeností, přijala Evropská komise direktivy týkající se zdravotního varování, horních hranic obsahu dehtů a nikotinu. Tyto požadavky jsou nyní přejímány do návrhu zákona „na ochranu před škodlivými účinky tabákových výrobků“. Evropská komise dále připravuje direktivu, která by nedovolila používat zavádějící výrazy označující cigarety jako „light“, „ultralight“, „mild“. Podobně bude požadováno udávat na krabičce údaj o hladině oxidu uhelnatého v cigaretovém kouři. V Evropské unii je součástí kontroly kouření i monitorování vývoje aktivit, jejich ekonomická a společenská podpora, sledování podílů kuřáctví v populaci a mortality na nemoci z kouření. Důraz je kladen i nadále na služby, poskytující pomoc při odvykání kouření.

Podle Evropské školní studie o kouření, alkoholu a jiných drogách (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD), provedené v roce 2003, alespoň jednu zkušenost s kouřením v životě má v Evropě 50 %-80 % respondentů ve věku 16ti let. Více než 40krát v životě kouřilo 39 % studentů (srovnatelně 39 % chlapců a 38 %

dívek) – z tohoto ukazatele lze usuzovat, že téměř 40 % studentů patří mezi pravidelné kuřáky. Podíl českých pravidelných kuřáků je srovnatelný s podílem studentů – kuřáků v Rakousku, Grónsku, Německu, Rusku a Litvě. Výrazně nižší opakované zkušenosti s kouřením mají studenti na Kypru, Islandu, v Portugalsku, na Maltě a v Turecku. Oproti roku 1999, kdy proběhla předchozí vlna projektu ESPAD, došlo v některých zemích k výraznému nárůstu opakovaného kuřáctví mezi mládeží, a to především v Litvě, Estonsku a Rumunsku (viz červené body, graf 4). V České republice byla úroveň kuřáctví na srovnatelné úrovni s rokem 1999, v České republice došlo jen k mírnému nárůstu, stejně jako na Slovensku, v Maďarsku, Polsku a dalších zemích střední a východní Evropy. Pokles úrovně pravidelného kuřáctví zaznamenaly Grónsko, Finsko, Irsko, Dánsko, Norsko, Velká Británie, Island, ale také Řecko a Malta. Grónsko zůstává i přes významný pokles kouření od roku 1999 zemí, kde je mezi šestnáctiletými nejvíce pravidelných kuřáků (ESPAD, 2006).

Graf 4. - Pravidelné kuřáctví mezi roky 1999 a 2003, školní populace ve věku 16ti let ve vybraných zemích (v %), ESPAD, 2003



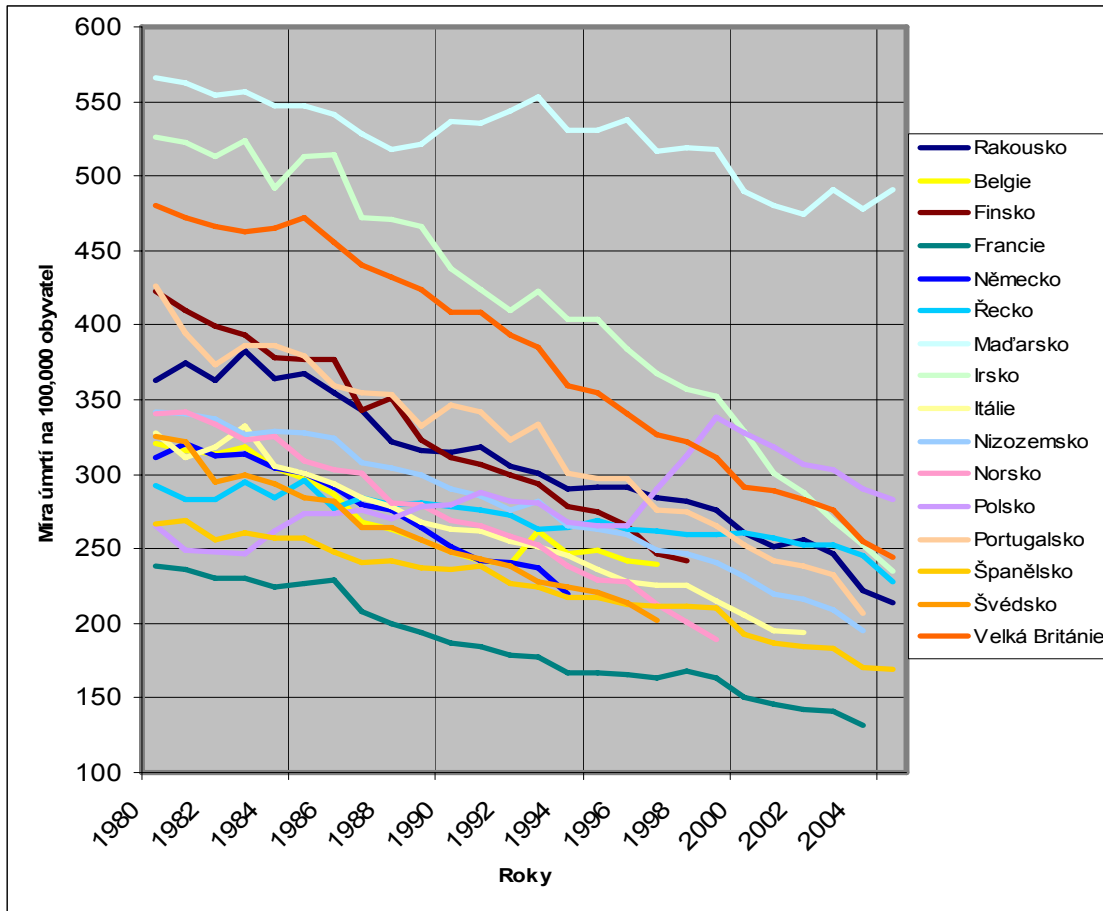
Zdroj: Hibell, B., 2004 Pozn: červená = výrazný nárůst od roku 1999, zelená = výrazný pokles, žlutá = stabilní situace

Podle výzkumů Richarda Peta publikovaného v roce 2006, úmrtnost na příčiny smrti související s kouřením v celoevropském měřítku klesá a celkově mají muži v celé Evropské

unii u všech nemocí způsobených kouřením vyšší úmrtnost než ženy (Peto, R., et al., 2006). Nejvíce se na úmrtnosti na příčiny smrti související s kouřením podílela ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární nemoci a chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojí. Nejstrmější poklesy byly zaznamenány u zemí Evropy západní a především u Velké Británie, Irska, Finska či Rakouska. V kontrastu s tím míra úmrtí v důsledku kouření stagnovala v Maďarsku a Polsku (viz graf 5). Lze předpokládat, že důvodem bylo výrazné ovlivnění obou zemí komunistickým režimem. V porovnání se zeměmi Evropy západní v Polsku a Maďarsku úroveň a kvalita zdravotnictví a státních proti-kuřáckých politik byla nižší, což mohlo také být příčinou stagnujícího vývoje míry úmrtí v důsledku kouření. Největší rozdíly ve vývoji vybraného ukazatele můžeme nalézt mezi zeměmi právě západní Evropy a státy střední a východní Evropy, které byly do roku 1989 pod totalitním režimem. V těchto zemích byl zaznamenán prudký nárůst úmrtnosti na příčiny smrti související s kouřením po revoluci v první polovině devadesátých let. Nejvýraznější nárůst námi hodnoceného ukazatele byl zaznamenán mezi léty 1990-1996 v Chorvatsku a Rumunsku. Když se podrobněji zaměříme na vývoj u pěti zemí, které jsou předmětem předkládané práce, výrazný nárůst úmrtí v důsledky kouření byl popsán v Bulharsku i Slovensku v celém sledovaném období. Jediná Česká republika má v průběhu celého období transformace klesající křivku úmrtnosti na příčiny smrti související s kouřením (viz graf 6).

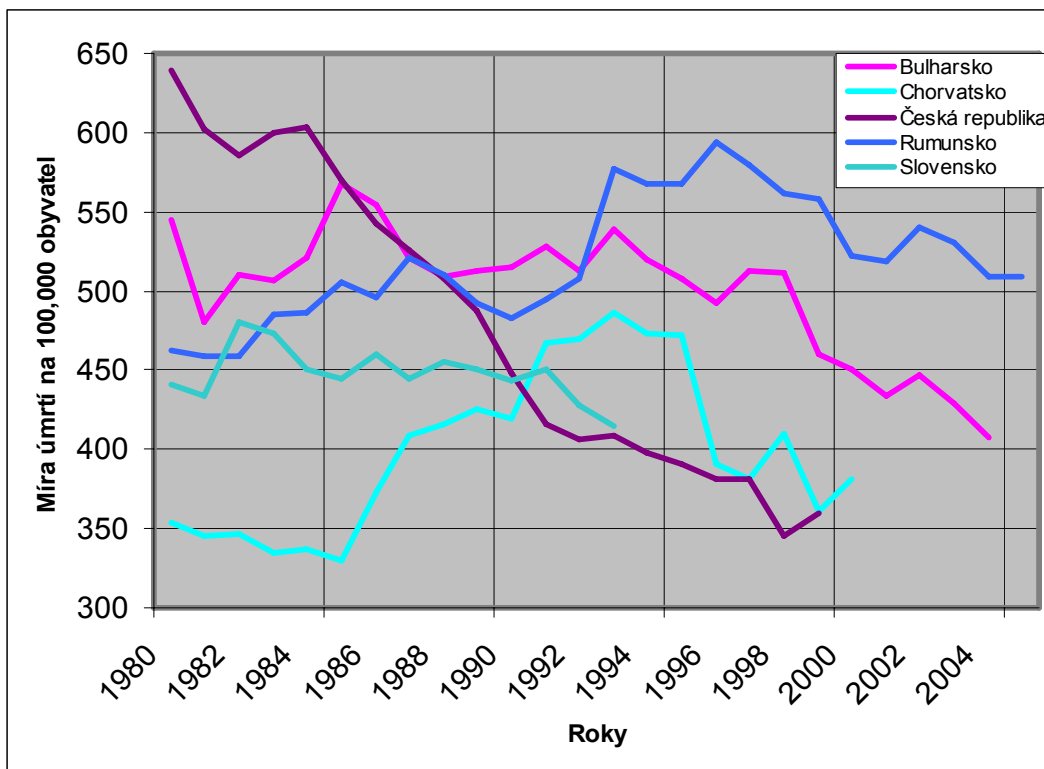
Průměrná spotřeba cigaret na osobu starší 15 let byla sledována jako třetí vybraný ukazatel pro hodnocení vývoje a změn v případě kouření, jako projevu rizikového chování. V průběhu námi sledovaných let můžeme mezi státy s vyšší spotřebou cigaret zařadit Řecko, Bulharsko, Nizozemsko, Švýcarsko, Španělsko a Rusko. Naopak země s nižší spotřebou jsou země skandinávské: Norsko, Finsko a Švédsko. Pokud srovnáme spotřebu cigaret na osobu za rok mezi roky 1985 a 2000 (viz tabulka 1) vidíme, že zcela největší pokles nastal v Rakousku, Velké Británii a Francii. Rakousko zaznamenalo největší pokles spotřeby cigaret na osobu za rok, a to o 875,8 cigaret. Naopak největší vzrůst byl prokázán v Nizozemsku a v Bulharsku, mírný nárůst v Španělsku, Švýcarsku, Řecku a Portugalsku. Téměř nezměněnou spotřebu vykazuje Irsko. Z těchto údajů vyplývá, že spotřebou cigaret se Česká republika řadí mezi státy s nižší průměrnou spotřebou cigaret spolu s Německem nebo Maďarskem pohybující se kolem 1,500 cigaret na osobu za rok.

Graf 5 - Standardizovaná úmrtnost na nemoci vyvolané kouřením, vybrané země Evropy (na 100,000 obyvatel), 1980-2005



Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2007

Graf 6 - Standardizovaná úmrtnost na nemoci vyvolané kouřením v Bulharsku, České republice, Chorvatsku, Rumunsku a Slovensku (na 100,000 obyvatel), 1980-2005



Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2007

Tabulka 1 - Průměrná spotřeba cigaret na osobu starší 15 let za rok u vybraných států Evropy, 1985, 1995, 2000

	1985	1995	2000	Rozdíl let 1985 a 2000
Rakousko	2135.3	1696.9	1259.5	-875.8
Belgie	2085.6	2066.5	1532.5	-553.0
Bulharsko	1944.8	1657.5	2792.6	847.8
Chorvatsko	...	2197.5	1736.7	...
Česká republika	...	2000.1	1876.9	...
Dánsko	1746.7	1581.2	1512.4	-234.3
Finsko	1457.3	1098.1	919.6	-537.7
Francie	2018.0	1653.7	1303.3	-714.7
Německo	...	1924.3	1553.2	...
Řecko	2794.0	2640.3	2953.8	159.8
Maďarsko	2539.3	2065.1	2151.4	-387.9
Irsko	1814.1	1760.2	1813.9	-0.2
Itálie	2031.8	1557.3	1766.6	-265.2
Nizozemsko	1073.5	2321.7	2402.0	1328.5
Norsko	639.4	609.3	578.5	-60.8
Polsko	2481.0	2550.0	1934.2	-546.7
Portugalsko	1473.9	1710.7	1629.9	156.0
Rumunsko	...	1631.5	...	...
Rusko	...	...	2411.1	...
Slovensko	...	1467.8	1230.4	...
Slovinsko	...	...	2232.9	...
Španělsko	2111.9	2086.1	2464.4	352.5
Švédsko	1364.0	974.4	902.4	-461.7
Švýcarsko	2112.4	2453.0	2336.4	224.0
Ukrajina	...	...	1027.0	...
Velká Británie	1728.1	1548.2	1123.4	-604.7

Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2007

Poznámka: barevně je zvýrazněno pět sledovaných zemí

4.1.2 Konzumace alkoholu

Studie P. Andersona a jeho kolegů z roku 2006 odhadují, že padesát pět miliónů lidí v Evropské unii konzumuje alkohol v nadměrné míře. Zdraví škodlivá a nebezpečná konzumace alkoholu je v Evropské unii hlavní příčinou 7,4 % případů špatného zdravotního stavu a předčasného úmrtí. Ve věkové skupině 15 – 29 let je více než 10% míra úmrtnosti žen a okolo 25 % míry úmrtnosti mužů způsobena nadměrnou konzumací alkoholu. Ta je také v 16% případů příčinou zneužívání a zanedbávání dětí (Anderson, P., Baumberg, B., 2006). Požívání alkoholu v těhotenství může poškodit vývoj mozku dítěte a je spojováno s poruchami intelektu. Příčina přibližně každé čtvrté dopravní nehody může být přisouzena požití alkoholu a v Evropské unii každoročně umírá přibližně 10,000 lidí na silnicích při nehodách zapříčiněných požitím alkoholu (Popov, 2006).

Výroční zpráva Světové zdravotnické organizace, publikovaná v roce 2004, zabývající se konzumací alkoholu uvádí, že Evropa je regionem s největší spotřebou alkoholu na světě, i když současná spotřeba 11 litrů čistého alkoholu na osobu za jeden rok se ocitá na výrazně nižší úrovni než v 70. letech 20. století, kdy bylo dosaženo maxima 15 litrů (Global Status Report on Alcohol, 2004).

V souladu s tímto trendem druhé poloviny devadesátých let klesá také úmrtnost na příčiny smrti spojené se zvýšenou konzumací alkoholických nápojů (viz graf 7), což je trend pozitivní, ovlivněný vzrůstající kvalitou zdravotnictví a sociálních služeb i lepší informovaností obyvatel v otázce dopadů zvýšené konzumace alkoholu a celkově zdravějším životním stylem Evropanů. Tato skutečnost se však rozhodně neprojevuje v celé Evropě (viz tabulka 2). Především u zemí střední a východní Evropy, která prodělaly proces transformace, je vývoj počtu úmrtnosti na příčiny smrti související s konzumací alkoholu odlišný v porovnání s ostatními zeměmi. Přestože data pro námi vybrané země nejsou kompletní, lze konstatovat, že společný mají vzestup úmrtnosti na příčiny smrti spojené se zvýšenou konzumací alkoholu v první polovině devadesátých let (viz graf 8). Je možno předpokládat, že situaci ovlivnila těžká porevoluční doba a obtížné socio-ekonomické podmínky nového společenského systému. Nejvýraznější nárůst sledovaného ukazatele byl zaznamenán po roce 1990 v Rumunsku a Chorvatsku. V Rumunsku dále úmrtnost výrazně stoupala až do konce devadesátých let. V případě Bulharska a České republiky měla úroveň úmrtnosti pozvolný stoupající charakter až do poloviny let devadesátých, poté se situace

zlepšovala. Kdyby byla k dispozici kompletní data za Slovensko, lze předpokládat, že vývoj by byl podobný, jako u předchozích dvou států.

Tabulka 2 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku nadměrné konzumace alkoholu ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel), 1985, 1995, 2002

	1985	1995	2002	Rozdíl let 1985 a 2002
Rakousko	141.39	108.7	73.28	-68.11
Belgie	108.13	76.27	...	...
Bulharsko	118.64	124.09	70.03	-48.61
Chorvatsko	124.69	118.78	92.01	-32.68
Česká republika	...	100.06	83.96	...
Estonsko	...	225.11	174.29	...
Finsko	...	121.36	88.5	...
Francie	155.22	117.38	80.43	-74.79
Německo	...	89.12	62.14	...
Řecko	90.47	78.05	40.36	-50.11
Maďarsko	212.66	237.26	149.51	-63.15
Irsko	78.63	72.51	55.83	-22.8
Itálie	107.14	81.66	51.56	-55.58
Nizozemsko	61.93	53.53	42.22	-19.71
Norsko	...	71.07	52.83	...
Polsko	134.27	136.89	88.95	-45.32
Portugalsko	152.02	112.61	74.37	-77.65
Rumunsko	115.14	188.48	127.02	11.88
Slovensko	124.58	105.29	92.8	-31.78
Slovinsko	159.11	129.93	109.21	-49.9
Španělsko	98.26	86.93	52.4	-45.86
Švédsko	12	64.41	52.11	40.11
Švýcarsko	...	64.24	56.55	...
Ukrajina	...	192.58	186.73	...
Velká Británie	65.06	57.39	51.49	-13.57

Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2007

Poznámka: barevně je zvýrazněno pět sledovaných zemí

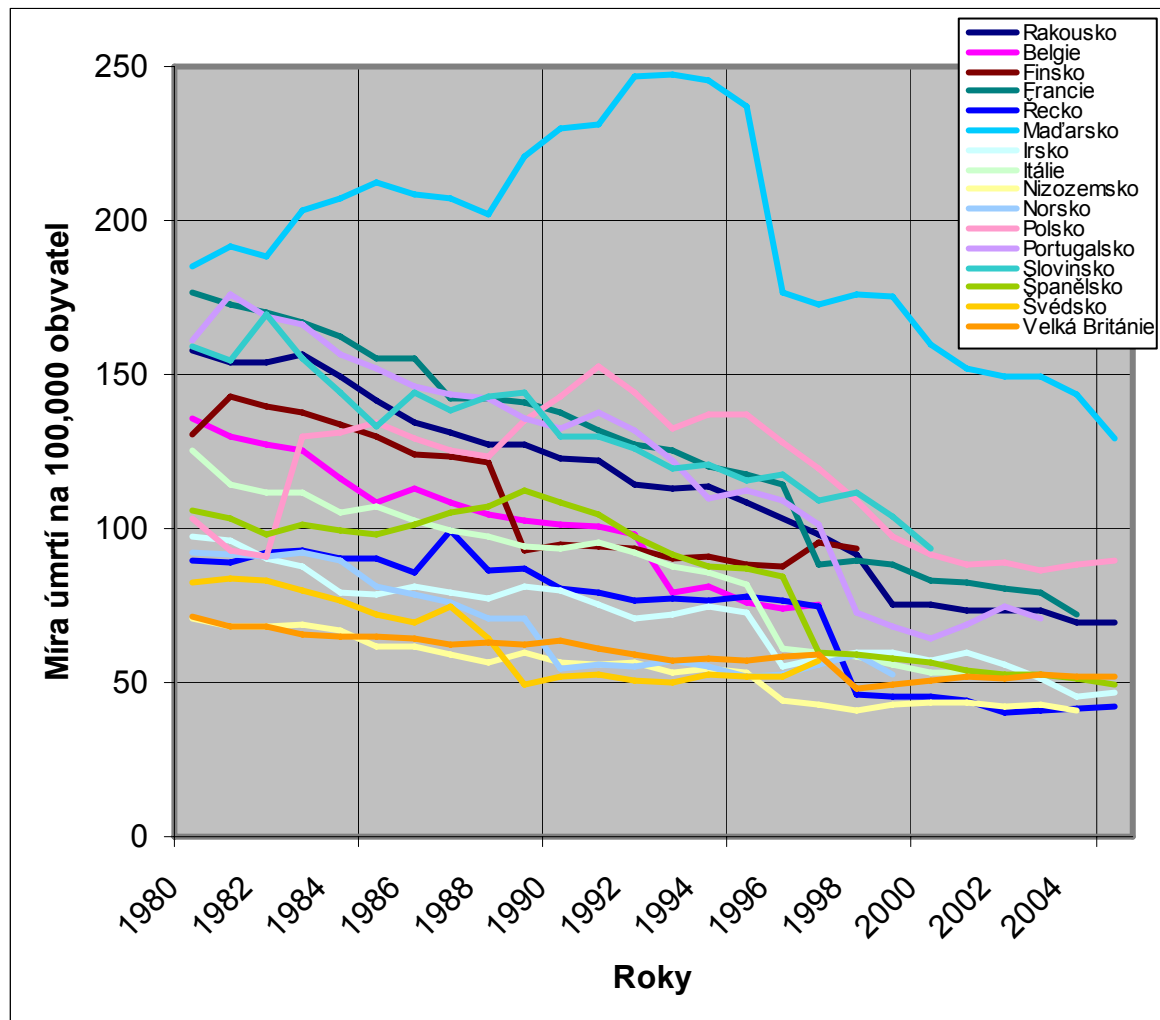
Ve studii z roku 2006 P. Andersona se dále uvádí, že v uplynulých třiceti letech v Evropě postupně docházelo ke vzájemnému vyrovnávání míry zkonsumovaného alkoholu. Trendem zemí střední a severní Evropy byl nárůst konzumace alkoholu na rozdíl od zemí jihoevropských, kde míra zkonsumovaného alkoholu klesala.

² Kypr, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Lotyšsko, Litva, Malta, Polsko, Slovensko a Slovinsko

Průměrná spotřeba alkoholu v nově přijaté desítce států² se navíc blíží spotřebě zemích předchozí evropské patnáctky, ačkoliv mezi nově přistoupivšími zeměmi nadále existují značné rozdíly. Alkohol pije většina Evropanů, ale 55 milionů dospělých (15 %) ho nepije vůbec – při zohlednění této skutečnosti dosahuje spotřeba na jednu osobu konzumující alkohol 15 litrů za rok. V zemích západní Evropy je možno vyzorovat systematické rozdíly v konzumaci alkoholu. Zatímco občané severských a středoevropských států konzumují převážně pivo, obyvatelé jihoevropských zemí preferují ve větší míře konzumaci vína (Anderson, P., Baumberg, B., 2006). Podobné rozdělení je poměrně novým fenoménem, k této zdokumentované profilaci a harmonizaci došlo v průběhu minulých třiceti let. Studie H. Sovinové (2006) a jejích kolegů uvádí, že ve všech evropských zemích, kde byly prováděny studie zabývající se alkoholem, pijí celkově více muži než ženy a muži konzumují i větší množství alkoholu. Studie dále poukazuje na rozdíly mezi muži a ženami v projevech rizikového chování často spjatých s konzumací alkoholu. Na projevy rizikového chování lze nahlížet také z hlediska socioekonomického statutu, kdy u žen s nižší socioekonomickou pozicí existuje nižší pravděpodobnost, že nebudou pít alkohol vůbec. Navzdory komplexní charakteristice některých aspektů alkoholové konzumace (s určitými odchylkami ukazujícími na opačné trendy u mužů a žen) se opíjení i vznik závislosti na alkoholu vykytuje u konzumentů s nižším socio-ekonomickým statutem (Sovinová, H., 2006)

Evropská školní studie o kouření, alkoholu a jiných drogách (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) provedená v roce 2003 shrnula, že v zemích západní Evropy má konzumace alkoholu sestupný trend. V zemích střední a východní Evropy naopak spotřeba stoupá. Existují samozřejmě značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi dané ekonomickými a kulturními rozmanitostmi. V konkrétním případě, na základě veřejných šetření, průměrná spotřeba alkoholu v České republice v roce 1995 byla 9,4 litrů stoprocentního lihu na 1 obyvatele, čímž se řadíme k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu v Evropě (Statistická ročenka České republiky, 1998). Přitom se zvyšuje frekvence spotřeby alkoholických nápojů, zejména u žen a nejmladších věkových skupin. Jakoukoliv zkušenost s konzumací alkoholu má v České republice 98 % 16ti letých respondentů průzkumu. Situace je obdobná v Litvě, na Slovensku, v Rakousku, Dánsku, Estonsku, Německu, Řecku a Lotyšsku.

Graf 7 - Standardizovaná úmrtnost na příčiny onemocnění vyvolané nadměrnou konzumací alkoholu ve vybraných zemích Evropy (na 100,000 obyvatel), 1980-2005

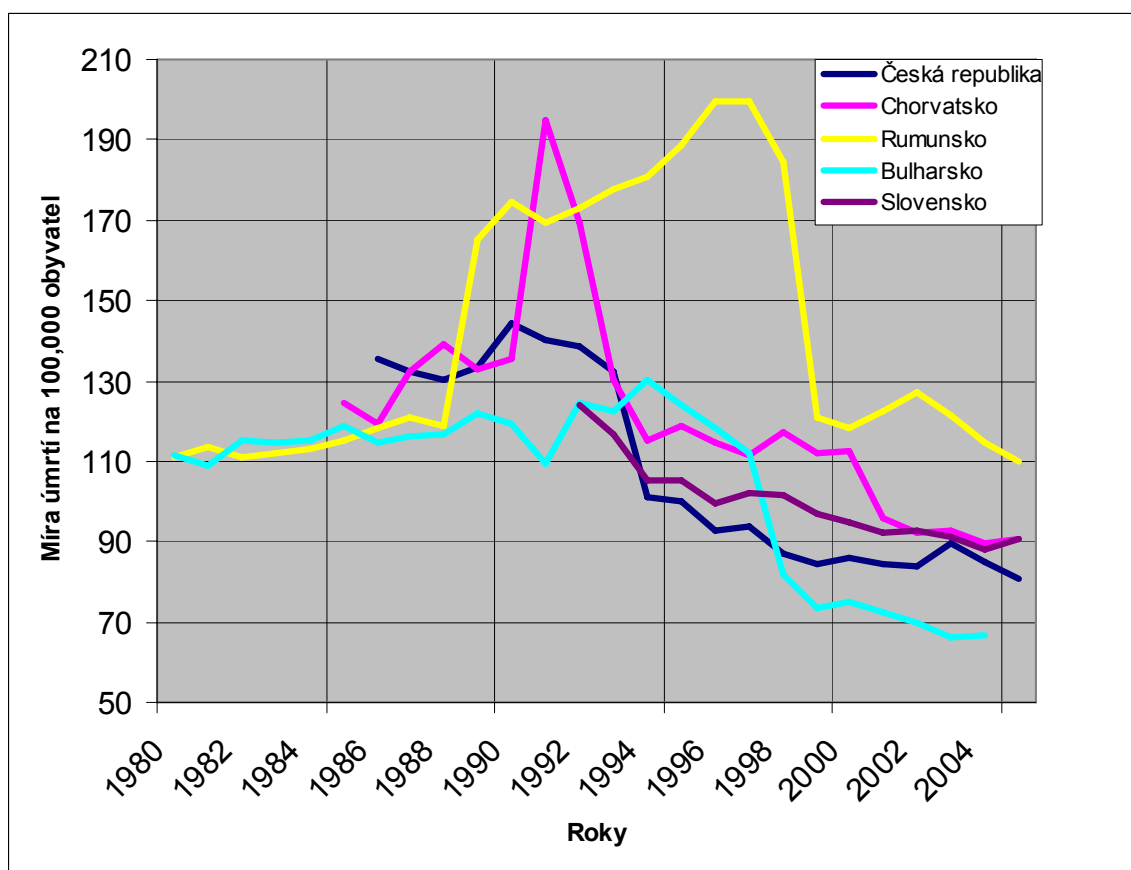


Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2008

Častou nebo pravidelnou konzumaci alkoholu studie ESPAD hodnotí na základě podílu respondentů, kteří konzumovali alkohol více než 40krát v životě. K pravidelné konzumaci alkoholu se přiznávají nejčastěji studenti v těch zemích, kde je zároveň nejvyšší celoživotní prevalence užití alkoholu. V České republice patří k pravidelným konzumentům alkoholu 46 % studentů (54 % chlapců a 40 % dívek). V pravidelné konzumaci alkoholu se Česká republika umístila na třetí pozici za Dánskem a Rakouskem. Od roku 1999 došlo k výraznému nárůstu pravidelné konzumace alkoholu především mezi 16ti letými, a to jak v

České republice, tak s výjimkou Polska a Slovinska ve všech zemích střední a východní Evropy (viz graf 9).

Graf 8 - Standardizovaná úmrtnost na příčiny onemocnění vyvolané nadměrnou konzumací alkoholu v Bulharsku, České republice, Chorvatsku, Rumunsku a Slovensku (na 100,000 obyvatel), 1980-2005

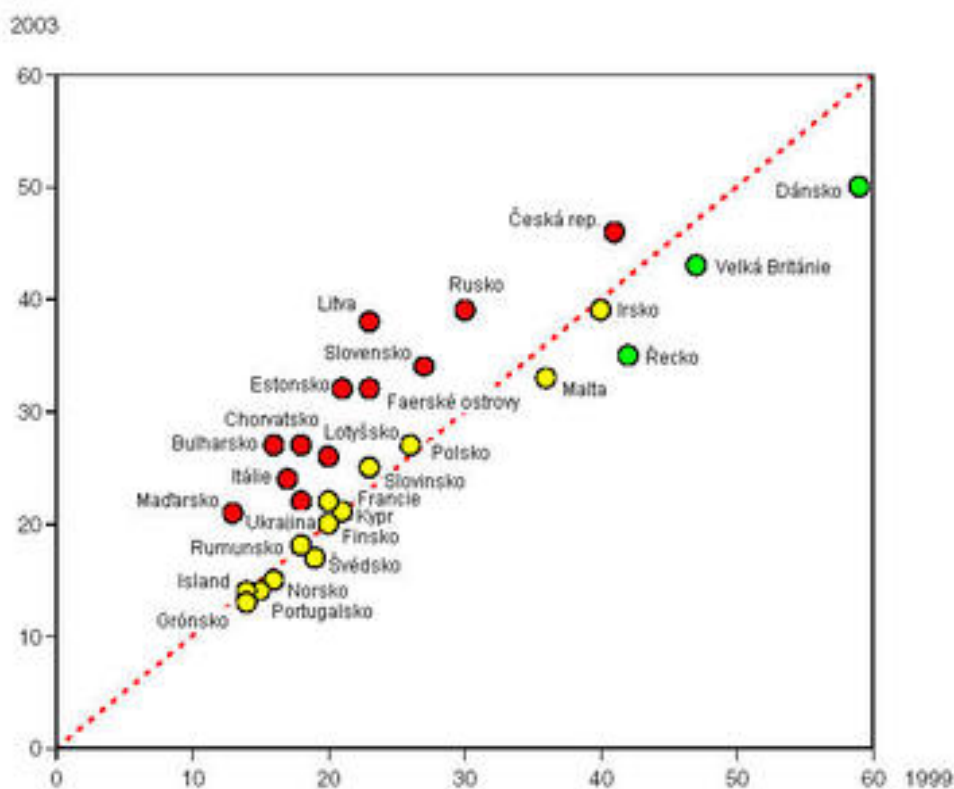


Zdroj dat: WHO, Health for All Database, 2008

Cena alkoholu v zemích střední a východní Evropy ve srovnání s Evropou západní relativně nízká, což je jeden z klíčových faktorů ovlivňujících dostupnost a tudíž i spotřebu alkoholu a bezprostředně související negativní následky abúzu – smrtelné úrazy, sebevraždy a úmrtí v důsledku nadměrné konzumace alkoholu (ESPAD, 2006). Častá konzumace alkoholu je nejvyšší v Nizozemsku, Rakousku, Belgii, na Maltě, ve Velké Británii a Irsku. Vývoj od roku 1995 naznačuje ve většině zemí rostoucí častou konzumaci alkoholu mezi mládeží (viz graf 10). Z hlediska pohlaví se v České republice i některých dalších zemích ukazuje, že konzumace alkoholu u chlapců od roku 1999 klesla (např. Dánsko, Francie), zatímco častá

konzumace alkoholu u dívek má trend rostoucí a dívky se chlapcům v časté konzumaci alkoholu přibližují.

Graf 9. - Vývoj pravidelné konzumace alkoholu mezi roky 1999 a 2003, v populaci šestnáctiletých vybraných zemí (v %)



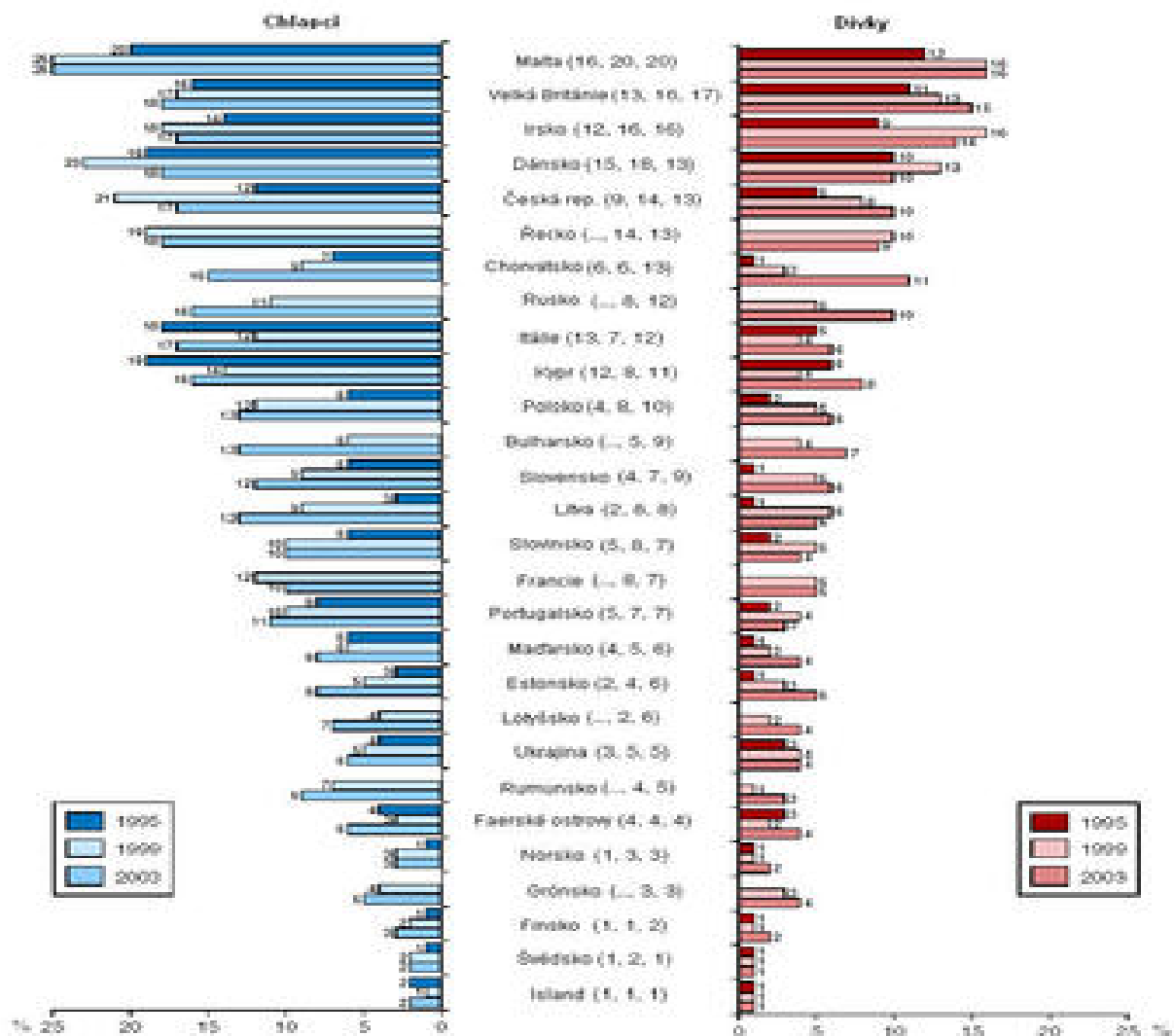
Zdroj: Hibell et al., 2004

Poznámka: červená = výrazný nárůst od roku 1999, zelená = výrazný pokles, žlutá = stabilní situace. Pravidelná konzumace je uvažována jako množství alkoholu požitá 40 a vícekrát za život.

Na základě dat poskytnutých studenty v projektu ESPAD (2006) byla odhadnuta průměrná spotřeba piva, vína a destilátů (v cl 100% alkoholu) při poslední konzumní příležitosti. Na celkové spotřebě se ze 45% podílelo pivo, 37% destiláty a 17% víno. Nejvyšší spotřebu čistého alkoholu na osobu při jedné příležitosti zaznamenalo Dánsko (7,5 cl) následované Irskem (7,3 cl), Grónskem a Maltou (7,1 cl), hned za nimi následuje Česká republika (7,0 cl). Chlapci v České republice uváděli spotřebu 8,8 cl, zatímco dívky „jen“ 5,4

cl. Nízkou spotřebu alkoholu uvedli respondenti z Rumunska a Portugalska (3,3 cl) spolu s Ukrajinou (3,5 cl) (viz obrázek 1).

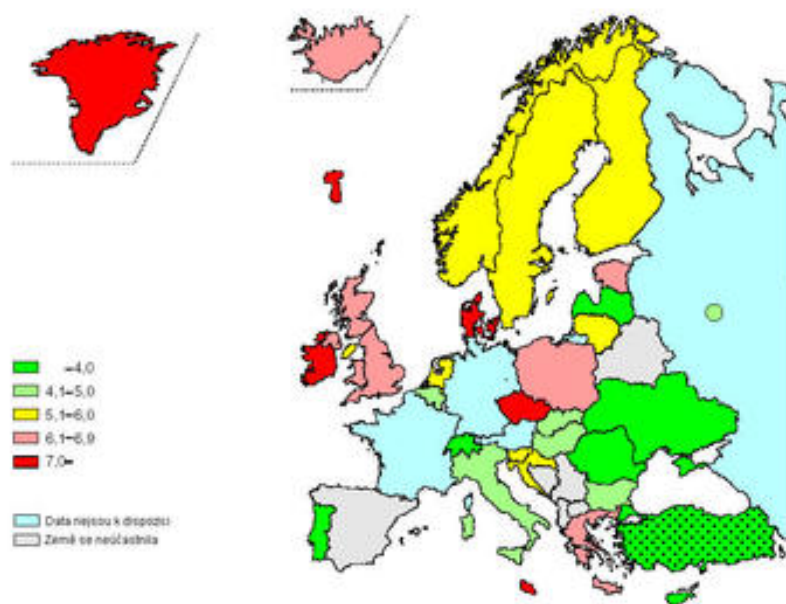
Graf 10 - Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech (10 a vícekrát) podle pohlaví v populaci vybraných zemí, 1995, 1999, 2000



Zdroj: Hibell et al. 2004

Poznámka: Hodnoty v sloupci uprostřed se vztahují k průměru za obě pohlaví

Obrázek 1 - Odhad průměrné spotřeby piva, vína a destilátů při poslední konzumní příležitosti (v cl 100% alkoholu) v Evropě, 2003



Zdroj: Hibell et al. 2004

Nejčastěji konzumovaným alkoholem je pivo v Nizozemsku, Rumunsku, na Islandu, v Turecku a Dánsku (pivo tvoří více než 50 % spotřeby alkoholu). Víno převažuje ve Slovinsku, Chorvatsku, Maďarsku a na Slovensku (kolem 30% spotřeby alkoholu). Destiláty převažují v Řecku, v Grónsku a Portugalsku (více než 45% spotřeby) (ESPAD, 2006).

4.1.3. Sebevražedné chování

Dalším závažným rizikovým faktorem úzce souvisejícím se zdravotním stavem je sebevražedné chování. Pro možnost srovnání situace a vývoje v otázce sebevražd na zdravotní stav rozdílných populací byly na základě vědeckých poznatků konstruovány Světovou zdravotnickou organizací následující ukazatele: první z nich zahrnuje všechny příčiny úmrtí v důsledky sebevražedného jednání ve věkové kategorii 0-64 let a je jím: *standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku 0-64 let (na 100,000 obyvatel)*, druhým vybraným ukazatelem je: *standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku nad 65 let (na 100,000 obyvatel)*. Tento projev rizikového chování bude následně hodnocen v evropském kontextu v rozmezí let 1985-2002.

Na základě dat Světové zdravotnické organizace lze konstatovat, že v průběhu sledovaného období 1980-2005 většina evropských států zaznamenala mírný pokles standardizované míry úmrtnosti v důsledku sebevražděného jednání ve věkové kategorii 0-64 let (viz graf 11), ačkoliv údaje z roku 1980 u jednotlivých zemí dosahovaly různé úrovně. Situace vybraných zemí v Evropě se ale často výrazně liší. V průběhu sledovaných let lze mezi země s větší mírou sebevražděných projevů řadit Maďarsko (standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražděného jednání ve věku 0-64 let na 100,000 obyvatel dosáhla nejvyšší úrovně 37.35 v roce 1985), dále Rusko, Slovinsko a Finsko. Naopak země, kde je míra sebevražděnosti stabilně nízká jsou především země Evropy jižní: Řecko, Španělsko, Itálie, Portugalsko a Velká Británie. Může tomu být například z důvodů vysokého počtu slunečných dní v roce, což je faktor významně ovlivňující duševní pohodu obyvatel. Pokud je srovnáván vývoj vybraného ukazatele mezi roky 1985 a 2002, můžeme konstatovat, že největší nárůst v míře úmrtí na sebevraždy nastal v Rusku (standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražděného jednání ve věku 0-64 let na 100,000 obyvatel vzrostla o 4.51) na Ukrajině a v Irsku (viz tabulka 3). Mezi státy se zlepšující situací se řadí: Maďarsko, Slovinsko a Chorvatsko. Důvodem zlepšení duševního stavu obyvatel může být rostoucí kvalita zdravotnictví, sociálních služeb i stabilizace demokratických systémů, která přicházela v průběhu porevolučních let. Téměř se hodnota vybraného ukazatele nezměnila v Portugalsku a Španělsku.

Pokud hodnotíme vývoj druhého ukazatele *standardizované míry úmrtnosti v důsledku sebevražděného jednání ve věku nad 65 let*, je situace velmi podobná jako u kategorie 0-64 let. Nejvyšší hodnoty opět nabývá Maďarsko v průběhu celého sledovaného období. Vysoké míry úmrtí v důsledku sebevražděného chování dosáhly: Slovinsko, Rusko a Rakousko (viz graf 12.). V zemích jižní Evropy je situace námi vybraného ukazatele opět nejpříznivější a dlouhodobě stabilní. Největší nárůst míry úmrtnosti v důsledku sebevražděného jednání v kategorii nad 65 let byl zaznamenán v Rusku a na Ukrajině. Situace u ostatních sledovaných zemích buď stagnovala, nebo se zlepšovala. Srovnáme-li dvě nejvíce se lišící země, Maďarsko a Řecko, v obou případech došlo k poklesu míry úmrtí z důvodů sebevražděného jednání (viz tabulka 4). V prvním sledovaném roce hodnota pro Maďarsko byla 90.61 a pro Řecko 8.25 úmrtí na 100,000 obyvatel. V roce 2002 mělo Maďarsko 48.38 a Řecko 5.52 úmrtí na 100,000 obyvatel.

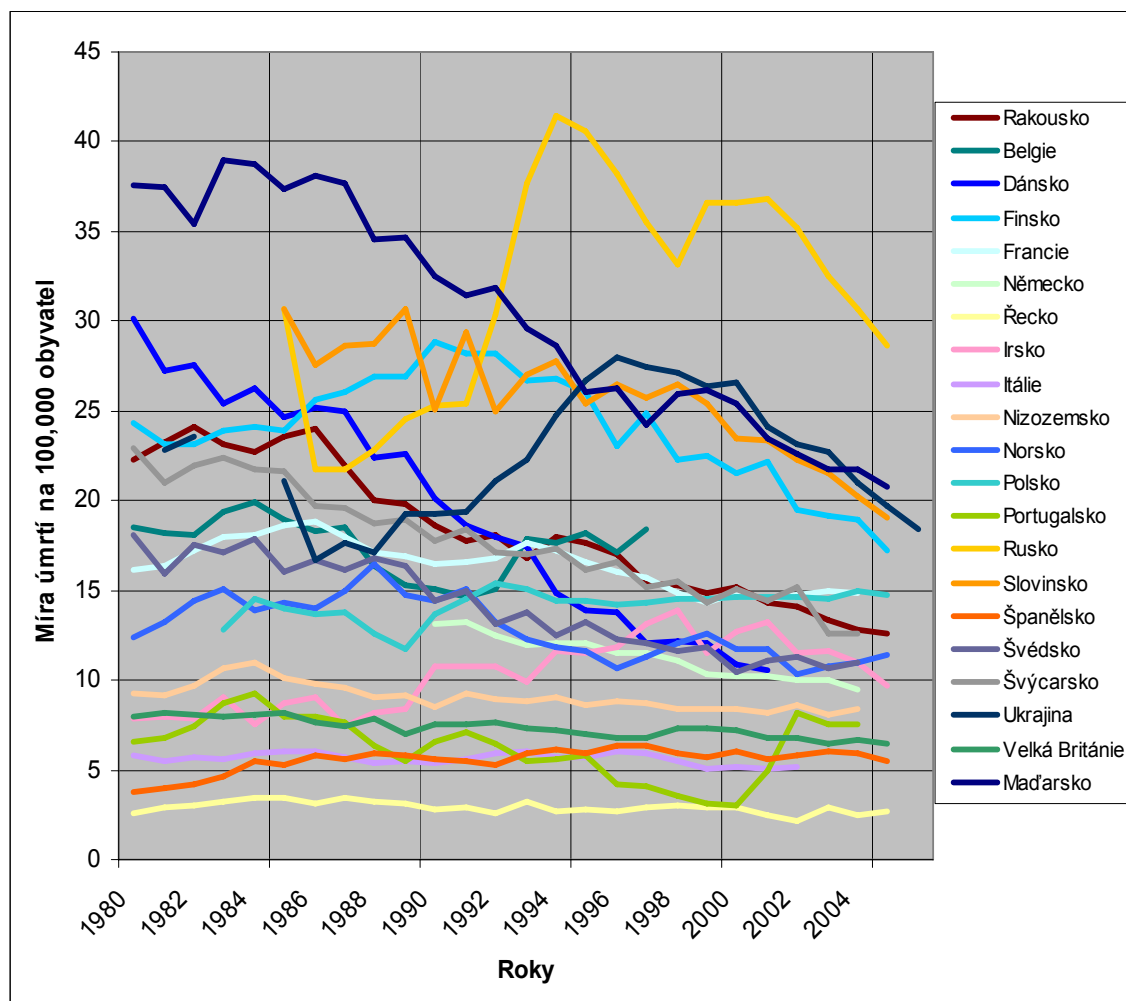
Tabulka 3 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku 0-64 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel), 1985, 1995, 2002

Země	1985	1995	2002	Rozdíl let 1985-2002
Rakousko	23.59	17.62	14.11	-9.48
Belgie	18.98	18.14	...	...
Bulharsko	10.86	11.74	10.99	0.13
Chorvatsko	18.35	15.39	13.85	-4.5
Česká republika	16.63	14.11	12.25	-4.38
Dánsko	24.64	13.85	...	...
Finsko	23.92	26.08	19.5	-4.42
Francie	18.6	16.55	14.79	-3.81
Německo	...	12.07	10.04	...
Řecko	3.4	2.82	2.2	-1.2
Maďarsko	37.35	26.01	22.59	-14.76
Irsko	8.71	11.57	11.53	2.82
Itálie	6.07	5.73	5.14	-0.93
Nizozemsko	10.08	8.59	8.64	-1.44
Norsko	14.35	11.63	10.29	-4.06
Polsko	13.97	14.39	14.65	0.68
Portugalsko	8	5.8	8.14	0.14
Rumunsko	...	12.23	13.04	...
Rusko	30.68	40.62	35.19	4.51
Slovensko	...	13.13	12.27	...
Slovinsko	30.71	25.4	22.27	-8.44
Španělsko	5.27	5.89	5.85	0.58
Švédsko	16.02	13.23	11.35	-4.67
Švýcarsko	21.63	16.19	15.17	-6.46
Ukrajina	21.11	26.7	23.14	2.03
Velká Británie	8.19	7.05	6.77	-1.42

Zdroj dat: WHO, Health For All Databases, 2008

Poznámka: barevně je zvýrazněno pět sledovaných zemí

Graf 11 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku 0-64 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel), 1980-2005



Zdroj dat: WHO, Health For All Databases, 2008

V. Tomanová ve svém výzkumu publikovaném v roce 2007 uvádí, že nárůst počtu sebevražd se týká především ekonomicky vyspělých zemí. Největší procento jich připadá na země Skandinávie, Švýcarsko a Rakousko. Méně často si na život sahají lidé ze zemí, kde je i nižší socio-ekonomická úroveň. Podle statistik páchají sebevraždy nejčastěji muži s nižším vzděláním. „Pro ně je totiž více než pro ženy důležitý úspěch a prosazení ve společnosti,“ řekl psycholog Jeroným Klimeš. Domnívá se, že právě muži s nízkým vzděláním si místo v životě hledají nejhůře. V mezinárodním srovnání Česká republika dlouhou dobu patřila mezi země s nejvyšší úrovní sebevražednosti, v sedmdesátých letech patřila dokonce k nejvyšším v Evropě. V důsledku trvalého poklesu se ale nyní pohybuje spíše ve středu pomyslného žebříčku, který vedou země bývalého Sovětského svazu a

Maďarsko. Nízké počty vykazují již mnoho desítek let státy jižní Evropy. Dále V. Tomanová uvádí, že deprese je jedním z nejčastějších problémů, který člověka k sebevraždě dovede. U každého pátého se alespoň jednou za život objeví klinicky významná depresivní nálada. Každoročně depresí onemocní v České republice kolem 5% obyvatelstva různého věku. Ženy s ní bojují asi dvakrát častěji než muži (Tomanová, V., 2007). Podle statistik Světové zdravotnické organizace (1999) stoupá počet sebevražd mezi mladými lidmi, kteří představují v současné době nejrizikovější skupinu ve třetině zemích světa.

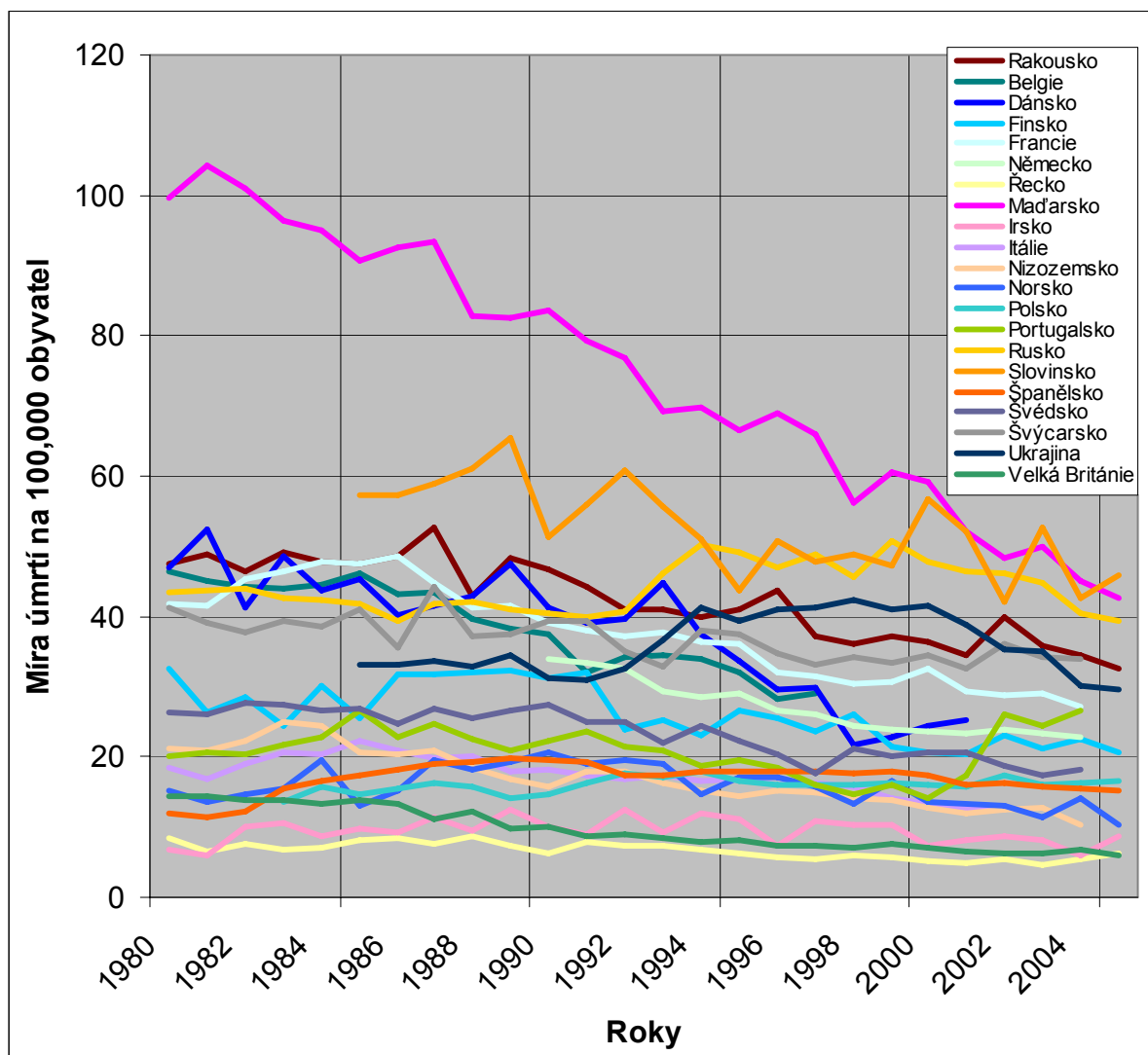
Tabulka 4 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku nad 65 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel), 1985, 1995, 2002

	1985	1995	2002	Rozdíl let 1985-2002
Rakousko	47.54	41.02	39.99	-7.55
Belgie	46.16	32.14	...	...
Bulharsko	54.27	45.8	40.75	-13.52
Chorvatsko	53.67	44.27	45.9	-7.77
Česká republika	50.7	31.81	25.53	-25.17
Dánsko	45.38	33.6	...	...
Finsko	25.56	26.55	23.13	-2.43
Francie	47.39	36.18	28.7	-18.69
Německo	...	28.97	23.92	...
Řecko	8.25	6.11	5.52	-2.73
Maďarsko	90.61	66.6	48.38	-42.23
Irsko	9.85	11.1	8.81	-1.04
Itálie	22.34	16.72	12.51	-9.83
Nizozemsko	20.63	14.42	12.51	-8.12
Norsko	13.14	17.16	12.97	-0.17
Polsko	14.67	16.65	17.34	2.67
Portugalsko	26.5	19.65	26.14	-0.36
Rumunsko	...	15.48	18.62	...
Rusko	41.84	49.02	46.2	4.36
Slovensko	...	23.88	18.52	...
Slovinsko	57.36	43.59	42.11	-15.25
Španělsko	17.35	17.94	16.27	-1.08
Švédsko	27	22.2	18.65	-8.35
Švýcarsko	40.96	37.6	36	-4.96
Ukrajina	33.24	39.5	35.3	2.06
Velká Británie	13.84	8.12	6.14	-7.7

Zdroj dat: WHO, Health for all databases, 2008

Poznámka: barevně je zvýrazněno pět sledovaných zemí

Graf 12 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku nad 65 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel), 1980-2005



Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2008

Své problémy nejčastěji řeší dobrovolným odchodem ze světa muži, převážně ve věku 45 až 54 let. Alarmující počet dobrovolných úmrtí byl zaznamenán v Maďarsku, na Ukrajině a také v Litvě. Podle údajů WHO spáchá v členských zemích Evropské unie sebevraždu každým rokem okolo 58.000 lidí, zatímco při dopravních nehodách jich zahyne 51.000. Oběťmi vražd či zabití se stává přibližně 5.350 osob (WHO, Figures and facts about suicide, 1999). V otázce řešení situace Evropská komise přijala „Zelenou knihu o duševním zdraví“, aby našla způsoby jak čelit duševním chorobám a propagovala mentální pohodu v Evropské unii. Zelená kniha, přijatá 17. října 2004, navrhuje: realizaci akčního plánu Evropské unie

o duševním zdraví, spuštění platformy Evropské unie pro duševní zdraví a vyčlenění prostředků na informace, sběr dat, monitoring trendů a sdílení nejlepších zkušeností jednotlivých členských států. Konzultace byly zahájeny 24. října 2005 během konference Komise o duševním zdraví.

4.2 Typologie zemí Evropy

Cílem této části práce je zařazení sledovaných pěti zemí do evropského kontextu na základě dostupných údajů o rizikovém chování a socio-ekonomickém vývoji. Pro vyhodnocení dat byla zvolena shluková analýza. Do shlukové analýzy bylo zařazeno 11 ukazatelů spadajících do obou sledovaných okruhů. Z oblasti kouření byly vybrány: *průměrný počet vykouřených cigaret za rok na osobu, prevalence kuřáctví v populaci nad 15 let (v %), standardizovaná úmrtnost na nemoci vyvolané kouřením (na 100,000 obyvatel)*.

Problematika alkoholové konzumace byla analyzována pomocí ukazatelů: *počet dopravních nehod způsobených pod vlivem alkoholu, míra konzumace alkoholu v litrech na osobu a standardizovaná úmrtnost na nemoci vyvolané nadměrnou konzumací alkoholu (na 100,000 obyvatel)*.

Za ukazatele sebevražedného chování byly zvoleny: *standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku 0-64 let (na 100,000 obyvatel) a standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku 65 let a více (na 100, 000 obyvatel)*.

Poslední kategorii reprezentovaly socio-ekonomické ukazatele: *míra nezaměstnanosti definovaná v procentech daného roku, Human Development Index (HDI), nebo-li index lidského rozvoje, hrubý národní produkt*.

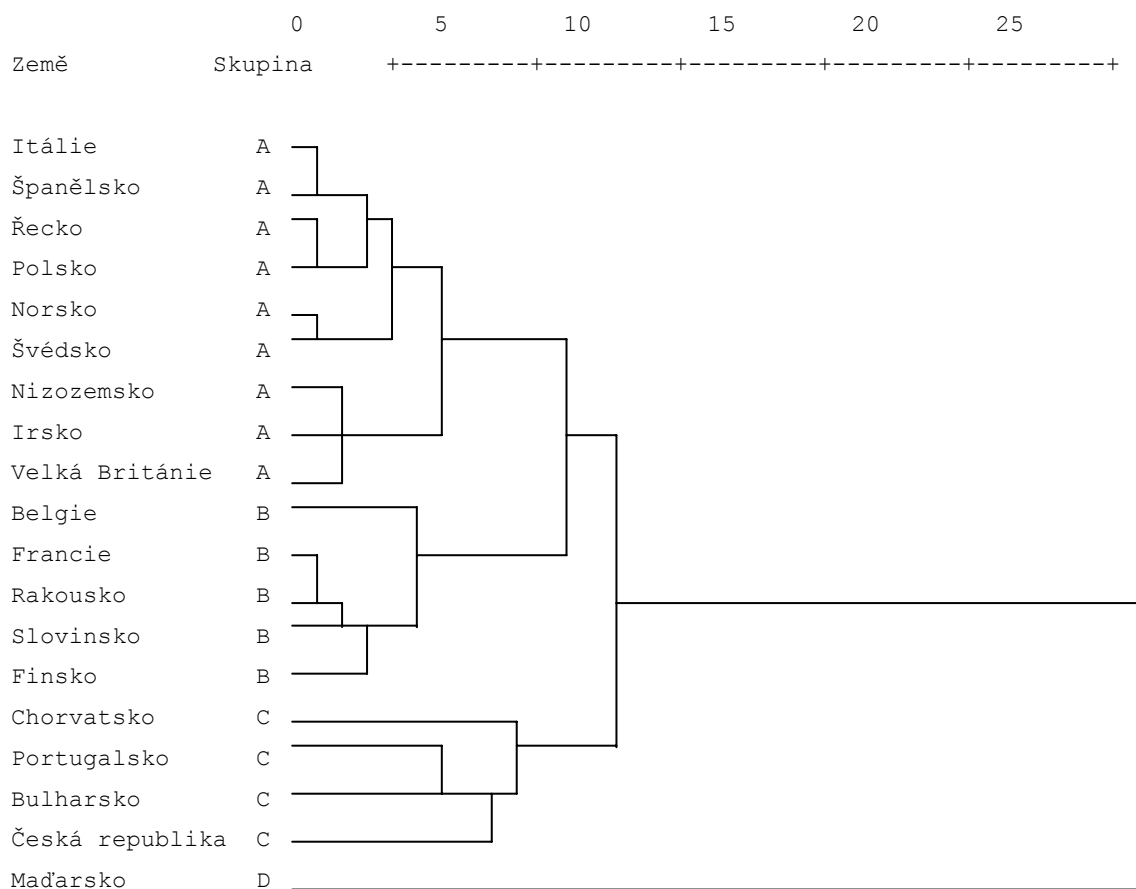
Pro hodnocení změn typologie zemí na základě zvolených ukazatelů v Evropě byla vymezena tři období, a sice rok 1985 (předtransformační), rok 1995 (protransformační) a rok 2002 pro nedávnou současnost. Data byla podrobena shlukové analýze za účelem získání typologie zemí v čase před transformací, za dob transformace a v období, které nastalo po transformaci. V druhém a třetím roce byla data téměř kompletní, jedinou výjimku tvořily údaje o počtu vykouřených cigaret za rok 2002. Pokud chyběla hodnota ukazatele v daném

roce u vybraného státu, data byla nahrazena prioritně údaji z roku následujícího. Pokud nebyl k dispozici údaj ani pro toto období, pak byl převzat z roku předešlého.

4.2.1 První období- rok 1985

Do shlukové analýzy v prvním období vstoupilo pouze 19 států z hodnoceného souboru 23 zemí. Byly jimi tyto země: Itálie, Španělsko, Řecko, Polsko, Norsko, Švédsko, Nizozemsko, Irsko, Velká Británie, Belgie, Francie, Rakousko, Slovinsko, Finsko, Chorvatsko, Portugalsko, Bulharsko, Česká republika a Maďarsko. Země, které neměly kompletní data ve sledovaném roce, byly z analýzy vyřazeny. Bohužel byly vyřazeny i dva státy sledované předkládanou prací, a to Slovensko a Rumunsko. Na základě výsledku dendrogramu (viz obrázek 2) byly země rozděleny shlukováním do čtyř skupin.

Obrázek 2 - Typologie vybraných zemí Evropy, 1985



Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Tabulka 5a - Ukazatele vymezených skupin zemí, 1985

Ukazatel	Jednotka	Vymezené shluky				Průměr pro všechny země
		A (N=9)	B (N=5)	C (N=4)	D (N=1)	
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s kouřením	Na 100.000 obyvatel	345.4	332.6	485.0	546.8	382.0
<i>Odchylka od průměru</i>		-36.6	-49.4	103.0	164.8	0.0
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s konzumací alkoholu	Na 100.000 obyvatel	90.0	138.9	132.6	212.7	118.3
<i>Odchylka od průměru</i>		-28.6	20.3	14.0	94.0	0.0
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 0-64 let	Na 100.000 obyvatel	9.6	23.2	13.5	37.4	15.4
<i>Odchylka od průměru</i>		-5.9	7.7	-2.0	21.9	0.0
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 65 let a více	Na 100.000 obyvatel	16.3	44.8	46.3	90.6	34.0
<i>Odchylka od průměru</i>		-17.7	10.8	12.2	56.6	0.0
Index lidského rozvoje		0.861	0.874	0.808	0.805	0.850
<i>Odchylka od průměru</i>		0.011	0.024	-0.042	-0.045	0.0

Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Tabulka 5b - Ukazatele vymezených skupin zemí, 1985

Ukazatel	Jednotka	Sledované země		
		Bulharsko (shluk C)	Česká republika (shluk C)	Chorvatsko (shluk C)
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s kouřením	Na 100.000 obyvatel	567.5	639.5	353.9
<i>Odchylka od průměru</i>		185.5	257.5	-28.1
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s konzumací alkoholu	Na 100.000 obyvatel	118.6	135.2	124.7
<i>Odchylka od průměru</i>		0.0	16.6	6.1
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 0-64 let	Na 100.000 obyvatel	10.9	16.6	18.4
<i>Odchylka od průměru</i>		-4.6	1.2	2.9
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 65 let a více	Na 100.000 obyvatel	54.3	50.7	53.7
<i>Odchylka od průměru</i>		20.2	16.7	19.6
Index lidského rozvoje		0.786	0.849	0.809
<i>Odchylka od průměru</i>		-0.1	0.0	0.0

Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Na základě shlukování se do první skupiny zemí zařadilo následujících devět zemí: Řecko, Irsko, Itálie, Nizozemsko, Norsko, Polsko, Španělsko, Švédsko a Velká Británie (skupina A). Tato skupina byla charakteristická podprůměrnými hodnotami všech vybraných ukazatelů a druhým nejvyšším indexem lidského rozvoje (0.861, viz tabulka 5a). Jednalo se o země celospolečensky vyspělejší, proto podprůměrné hodnoty týkající se projevů rizikového chování byly zcela očekávané. Socio-ekonomická situace na vyšší úrovni byla typická především pro zástupce zemí severní Evropy jako Norsko či Švédsko s velmi specifickým a „štědrým“ sociálním systémem (vysoké sociální dávky, podpory v nezaměstnanosti, nebo důchody). Právě z toho důvodu lze předpokládat, že kvalitní sociální politika pozitivně ovlivnila duševní pohodu a zdraví populace a to mohlo být důsledkem nejnižší míry úmrtnosti v důsledku sebevražedného počínání (průměrná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného chování ve věku nad 65 let činila ve shluku 16.3 úmrtí na 100,000 obyvatel, viz tabulka 5a). Míra sebevražednosti ve věku 0-64 let byla téměř čtyřikrát nižší než hodnota pro Maďarsko, které dosáhlo jako jediný zástupce skupiny D maximální úrovně tohoto ukazatele (míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného chování ve věku 0-64 let činila ve shluku 37.35 úmrtí na 100,000 obyvatel). První skupina byla rovněž charakteristická nižší úrovní úmrtnosti jako důsledek užívání tabákových výrobků. Tento jev může být vysvětlen například počínající proti-kuřáckou politikou uplatňovanou ve Velké Británii a Irsku. Právě Irsko byla první evropská země, kde byl následně v roce 2004 zaveden úplný zákaz kouření v restauračních zařízeních, jako prostředek proti-kuřácké politiky státu.

V druhé vymezené skupině se nacházelo zemí pět: Rakousko, Belgie, Finsko, Francie a Slovinsko (označena B, viz obrázek 2). Zařazeny do této skupiny byly výše zmíněné evropské státy na základě nejvyššího indexu lidského rozvoje, který dosáhl hodnoty 0.874 (viz tabulka 5a), nejnižší míry úmrtnosti v důsledku kouření (průměrná míra úmrtnosti v důsledku kouření činila ve shluku 332,6 úmrtí na 100,000 obyvatel) a nízké míře úmrtnosti v důsledku sebevražedného chování ve věku nad 65 let. Všechny výsledky by mohly vypovídat o vysoké úrovni sociální politiky států, dobré informovanosti o důsledcích alkoholismu a o kvalitní péči o seniory. S výjimkou Slovinska, se jednalo o země celospolečensky vyspělejší s fungující demokratickou vládou. Jejich společným jmenovatelem bylo úspěšně se rozvíjející tržní, západně orientované hospodářství a rychlý růst na poli ekonomickém.

Do další skupiny, označené C, spadaly čtyři sledované země: Bulharsko, Chorvatsko, Česká republika a Portugalsko (viz obrázek 2). Tato vymezená skupina zemí je charakteristická nejvyšší mírou úmrtnosti v důsledku kouření (průměrná míra úmrtnosti v důsledku kouření činila ve shluku 485,6 úmrtí na 100,000 obyvatel) a podprůměrnou hodnotou indexu lidského rozvoje (0.808, viz tabulka 5a) i míry úmrtí v důsledku konzumace alkoholu (viz tabulka 5a, 5b). Takový výsledek byl očekáván vzhledem k podobným politickým a sociálně-ekonomickým poměrům sledované doby. Všechny tři námi sledované státy byly v průběhu osmdesátých let pod vlivem normalizace a jejich celospolečenská úroveň byla uměle udržována na stejné úrovni. Proto je možné předpokládat, že kdyby byla k dispozici data i za Slovensko a Rumunsko, také by náležely k této skupině. Portugalsko v té době byl stát na úplném počátku cesty západního hospodářství s nižší úrovní ve sférách hospodářských, sociálních i politických.

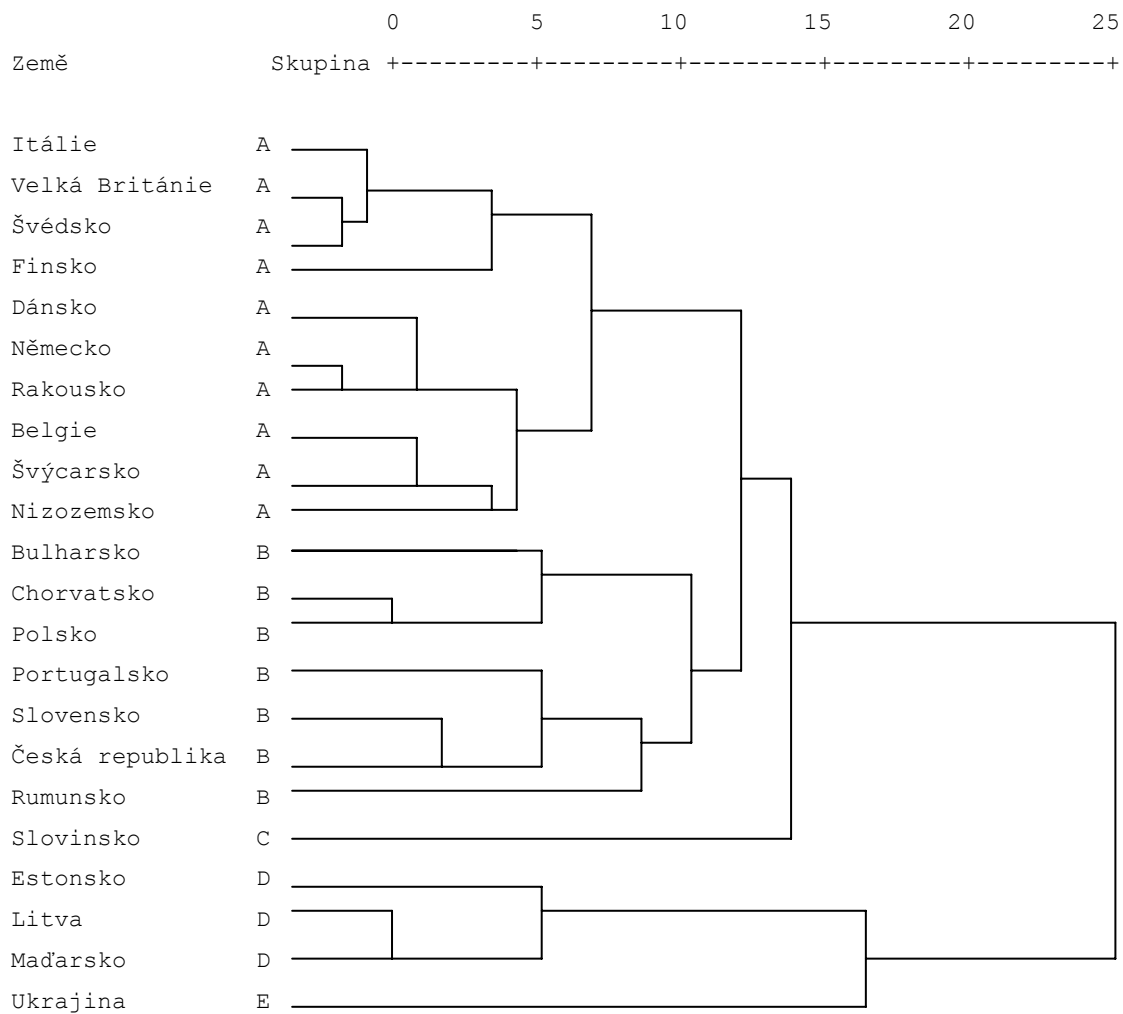
Maďarsko se nezařadilo k ostatním zemím a vytvořilo zcela samostatnou skupinu (označenou D, viz obrázek 2). Charakteristickým rysem byla velmi vysoká úroveň úmrtnosti v důsledku sebevražedného počínání (viz tabulka 5a). V kategorii 0-64 let byla hodnota více jak dvojnásobná v porovnání s průměrem pro země figurující v prvním období. V případě sebevražd a jiných sebezranění ve věku nad 65 let byla hodnota pro Maďarsko vyšší až trojnásobně (počet úmrtí v důsledku sebevražedného chování ve věku nad 65 činil 90.6 úmrtí na 100,000 obyvatel) v porovnání s průměrem všech zemí v analýze. Souviset s inklinací Maďarů k dobrovolnému ukončení života, mohl i počet úmrtí v důsledku zvýšené konzumace alkoholických nápojů. Oba tyto údaje mohly svědčit o labilnějším duševním zdraví maďarské populace. Oproti tomu hodnota pro indexu lidského rozvoje dosahovala úrovně nejnižší.

4.2.2 Druhé období - rok 1995

Údaje v porovnání s rokem 1985 byly mnohem kompletnější, proto byla shluková analýza provedena na základě všech jedenácti vybraných proměnných, popisujících jak rizikové formy chování, tak socio-ekonomickou úroveň země. Všech dvacet tři zemí Evropy bylo rozděleno do pěti skupin (viz obrázek 3). Státy střední a východní Evropy, byly i v tomto období součástí jedné vymezené skupiny. Rok 1995 byl dalším rokem cesty k demokratizaci,

plným významných společenských i politických změn v řadě zemí bývalého komunistického bloku. Tento vývoj byl dobře patrný i ve výsledcích shlukové analýzy.

Obrázek 3. - Typologie vybraných zemí Evropy, 1995



Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Tabulka 6a - Ukazatele vymezených skupin zemí, 1995

Ukazatel	Jednotka	Vymezené shluky					Průměr pro všechny země
		A (N=10)	B (N=7)	C (N=1)	D (N=3)	E (N=1)	
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s kouřením	Na 100.000 obyvatel	286.3	431.3	314.8	616.3	806.0	402.4
<i>Odchylka od průměru</i>		-116.0	28.9	-87.5	214.0	403.6	0.0
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s konzumací alkoholu	Na 100.000 obyvatel	80.0	126.6	129.9	232.1	192.6	123.0
<i>Odchylka od průměru</i>		-42.9	3.6	7.0	109.1	69.6	0.0
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 0-64 let	Na 100.000 obyvatel	13.9	12.4	25.4	37.4	26.7	17.7
<i>Odchylka od průměru</i>		-3.9	-5.3	7.7	19.7	9.0	0.0
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 65 let a více	Na 100.000 obyvatel	26.1	28.2	43.6	58.5	39.5	32.6
<i>Odchylka od průměru</i>		-6.5	-4.4	11.0	25.9	6.9	0.0
Index lidského rozvoje		0.915	0.812	0.861	0.800	0.744	0.856
<i>Odchylka od průměru</i>		0.059	-0.044	0.005	-0.056	-0.112	0.0
GNP	USD na obyvatele	26,172.0	3,743.3	8,200.0	2,804.7	1,630.0	13,916.7
<i>Odchylka od průměru</i>		12,255.3	-10,173.4	-5,716.7	-11,112.0	-12,286.7	0.0
Nezaměstnanost	%	9.2	10.7	13.9	9.7	0.6	9.6
<i>Odchylka od průměru</i>		-0.4	1.2	4.3	0.1	-9.0	0.0
Počet dopravních nehod	Na 100.000 obyvatel	24.6	23.3	67.0	29.0	10.5	26.1
<i>Odchylka od průměru</i>		-1.5	-2.8	40.9	2.9	-15.6	0.0
Míra konzumace alkoholu	Litř na obyvatele	9.0	9.3	9.9	7.5	2.7	8.6
<i>Odchylka od průměru</i>		0.4	0.6	1.3	-1.1	-5.9	0.0
Procento pravidelných kuřáků	%	29.0	27.5	26.4	32.9	34.5	29.2
<i>Odchylka od průměru</i>		-0.2	-1.6	-2.8	3.7	5.3	0.0
Průměrný počet vykouřených cigaret	Počet cigaret na obyvatele	1,722.2	1,887.9	2,500.5	1,864.3	859.9	1,790.5
<i>Odchylka od průměru</i>		-68.3	97.4	710.1	73.9	-930.6	0.0

Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Tabulka 6b. - Ukazatele vymezených skupin zemí, 1995

Ukazatel	Jednotka	Sledované země				
		Bulharsko (shluk B)	Česká republika (shluk B)	Chorvatsko (shluk B)	Rumunsko (shluk B)	Slovensko (shluk B)
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s kouřením	Na 100.000 obyvatel	507.4	488.0	420.0	565.6	473.1
<i>Odchylka od průměru</i>		105.1	85.6	17.7	163.3	70.8
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s konzumací alkoholu	Na 100.000 obyvatel	124.1	100.1	118.8	188.5	105.3
<i>Odchylka od průměru</i>		1.1	-22.9	-4.2	65.5	-17.7
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 0-64 let	Na 100.000 obyvatel	11.7	14.1	15.4	12.2	13.1
<i>Odchylka od průměru</i>		-6.0	-3.6	-2.3	-5.5	-4.6
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 65 let a více	Na 100.000 obyvatel	45.8	31.8	44.3	15.5	22.2
<i>Odchylka od průměru</i>		13.2	-0.8	11.7	-17.1	-10.4
Index lidského rozvoje		0.779	0.843	0.795	0.772	0.825
<i>Odchylka od průměru</i>		-0.077	-0.013	-0.061	-0.084	-0.031
GNP	USD na obyvatele	1,330.0	3,870.0	3,250.0	2,240.0	2,950.0
<i>Odchylka od průměru</i>		-12,586.7	-10,046.7	-10,666.7	-11,676.7	-10,966.7
Nezaměstnanost	%	11.1	4.0	14.5	9.5	13.8
<i>Odchylka od průměru</i>		1.5	-5.6	4.9	-0.1	4.2
Počet dopravních nehod	Na 100.000 obyvatel	7.4	42.4	38.5	4.0	23.8
<i>Odchylka od průměru</i>		-18.7	16.3	12.4	-22.1	-2.3
Míra konzumace alkoholu	Litr na obyvatele	8.0	12.9	9.2	6.6	9.9
<i>Odchylka od průměru</i>		-0.6	4.3	0.6	-2.0	1.2
Procento pravidelných kuřáků	%	33.6	26.2	32.6	22.5	24.4
<i>Odchylka od průměru</i>		4.4	-3.0	3.4	-6.7	-4.8
Průměrný počet vykouřených cigaret	Počet cigaret na obyvatele	1,657.5	2,000.1	2,197.5	1,631.5	1,467.8
<i>Odchylka od průměru</i>		-133.0	209.7	407.0	-159.0	-322.6

Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Na základě výsledků shlukové analýzy byly do první skupiny zařazeno deset zemí především západní Evropy: Rakousko, Belgie, Dánsko, Finsko, Německo, Itálie, Nizozemsko, Švédsko, Švýcarsko a Velká Británie (označena jako A, viz obrázek 3). Podle očekávání měla skupina nejvyšší hodnotu indexu lidského rozvoje (0.915) i hrubého národního produktu (26,172 USD na obyvatele, viz tabulka 6a). Dále je skupina charakteristická nejnižší mírou úmrtí v důsledku konzumace alkoholu (průměrná míra úmrtnosti v důsledku konzumace alkoholu činila ve shluku 80 úmrtí na 100,000 obyvatel) a nejnižší mírou úmrtnosti na sebevraždy ve věku 65 let a více, která dosahovala hodnoty 26.1 úmrtí na 100,000 obyvatel. Pokud je pohlíženo na skupinu jako na státy vyspělé, hodnoty vyjadřující vyšší životní úroveň a socio-ekonomickou vyspělost jsou na místě (viz tabulka 6a). Výše zmíněné státy spadající do první skupiny, byly již delší dobu na prosperující cestě tržního způsobu hospodářství. To významně ovlivnilo všechny sféry společnosti a vysoká celospolečenská úroveň obyvatel těchto států stále stoupá. Lze předpokládat, že důkazem toho byla i zdaleka nejnižší intenzita úmrtnosti způsobená sebevražedným počínáním v obou sledovaných věkových kategoriích (0-64 let a 65 let a výše). Příčinou mohla být nejen politická stabilita, ale i kvalitní zdravotní a sociální péče. Pozoruhodným jevem byl shledán průměrný počet kuřáků, doprovázený ovšem výrazně nejnižší úmrtností na nemoci v důsledku kouření. Což by mohlo svědčit opět právě o kvalitním zdravotnictví a dobré dostupnosti lékařského vybavení i služeb.

Další shluk tvořilo všech pět námi pozorovaných států: Česká republika, Slovensko, Bulharsko, Chorvatsko a Rumunsko, plus dva další: Polsko a Portugalsko (skupina B, viz obrázek 3). Druhou skupinu bylo možné charakterizovat nejnižší mírou úmrtí v důsledku sebevražedného jednání ve věku 0-64 (míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného chování ve věku 0-64 let činila ve shluku 12.4 úmrtí na 100,000 obyvatel) a druhou nejnižší mírou úmrtnosti na sebevraždy ve věku nad 65 let (viz tabulka 6a, 6b). Většina hodnot vybraných ukazatelů projevů rizikového chování i ukazatelů socio-ekonomických, se pohybovala na průměrné úrovni v porovnání s ostatními skupinami figurujícími v tomto období. Druhým nejvyšším byl údaj pro spotřebu cigaret na osobu a s ním související vyšší míra úmrtí na onemocnění spojená s užíváním tabákových výrobků (viz tabulka 6a). Lze předpokládat, že odpovědným za vyšší údaje v případě počtu vykouřených cigaret i počtu kuřáků mohl být zvýšený tlak na populaci v průběhu prvních post-transformačních let. Starý společenský systém, na který bylo obyvatelstvo léty přivyklé, se zborčil a nový, nejistý nastolen. Nová doba sebou nesla zvýšené nároky na orientaci, vlastní iniciativu a uplatnění se v nově

otevřeném světě. Proto bylo možno očekávat, že v tomto bouřlivém čase spousta lidí sahala po cigaretě, jako po způsobu kompenzace zvýšeného tlaku. Tato skutečnost v kombinaci s ne příliš kvalitním zdravotnictvím a nedostatečnou informovaností vysvětlovalo i vyšší hodnoty projevů rizikového chování.

Samostatný shluk vytvořilo Slovinsko (skupina C). Od všech ostatních zemí se Slovinsko lišilo především nejvyšším průměrným počtem vykouřených cigaret (2,500 kusů), nejvyšší mírou nezaměstnanosti (13.9 %) a vysoce nadprůměrnou hodnotou dopravních nehod způsobených pod vlivem alkoholu (viz tabulka 6a). Příčinou mohla být ale odlišná kritéria pro hodnocení dopravních nehod. Například v zemích východní Evropy, kde je i vyšší zkonsumované množství alkoholu na osobu, není skutečně každá nehoda pod vlivem alkoholu evidována a zanesena do statistik. Oproti tomu ve Francii a Španělsku zákony povolují malé množství alkoholu v krvi řidiče, proto nehoda pod vlivem tolerovaného množství alkoholu není do evidence zanesena jako nehoda způsobená alkoholem. Lze předpokládat, že právě tyto statistické nesrovnalosti byly příčinou zařazení Slovinska jako jediného do skupiny C. Nejvyšší míra nezaměstnanosti mohla být příčinou slabší ekonomiky a situace na trhu práce spojené například s nedostatečným množstvím pracovních míst či odlivem kvalifikovaných pracovníků do střední a západní Evropy.

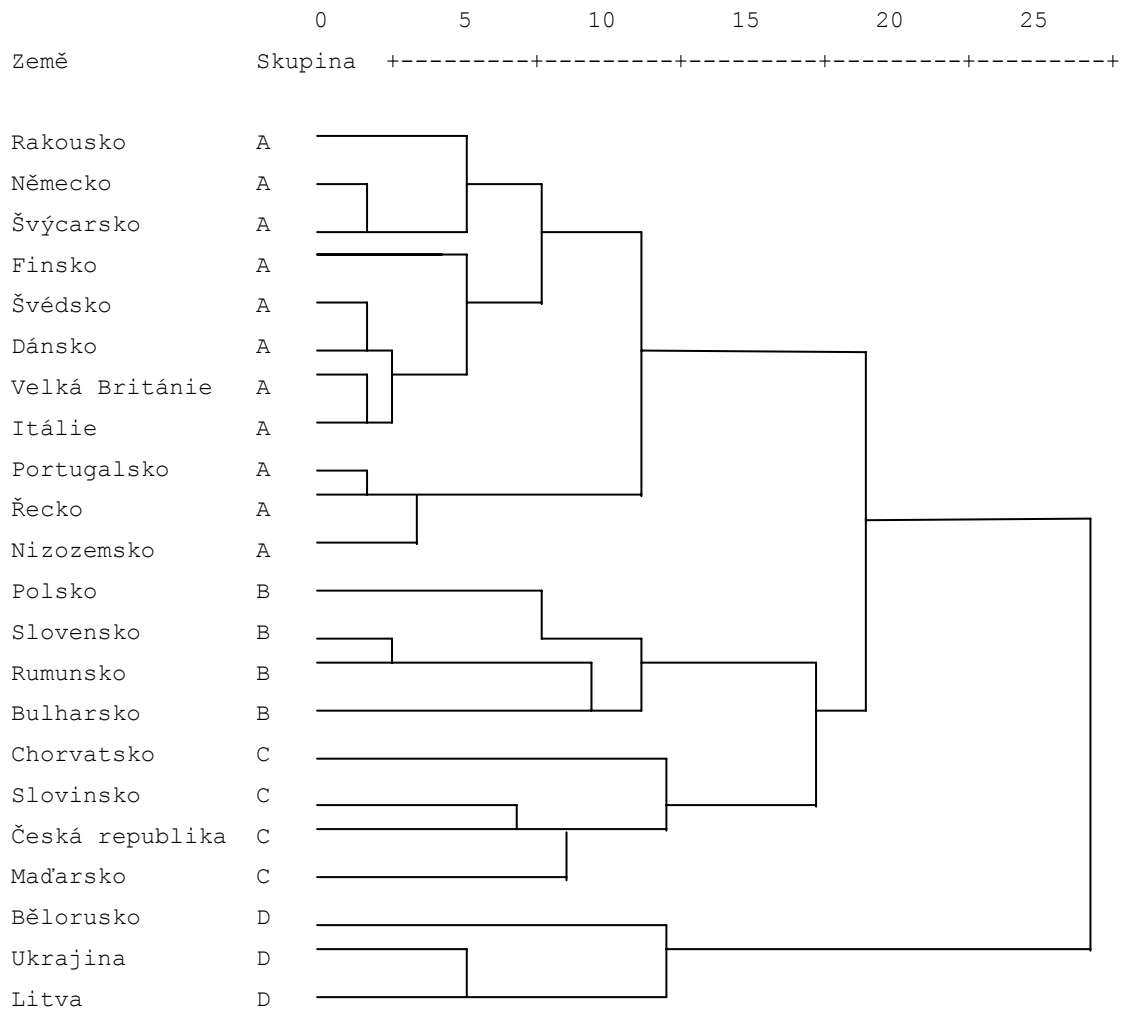
Estonsko, Maďarsko a Litva vytvořily další samostatný shluk (skupina D, viz obrázek 3). Vedle pobaltských zemí s velmi podobnou historií, životní úrovní a hospodářským systémem bylo do této skupiny řazeno i Maďarsko. Tyto země byly charakteristické absolutně nejvyšší mírou úmrtnosti v důsledku sebevražděného počínání v obou sledovaných věkových kategoriích (míra úmrtnosti v důsledku sebevražděného chování ve věku 0-64 let činila ve shluku 37.4 úmrtí na 100,000 obyvatel a v druhé kategorii nad 65 let 58.5 úmrtí na 100,000 obyvatel). Všechny zmíněné státy skupiny čtvrté dosahovaly vyšších hodnot proměnných ve spotřebě cigaret na obyvatele a velmi vysokou úrovní úmrtnosti v důsledku kouření (viz tabulka 6a). V případě prvním, počtu vykouřených cigaret, by mohlo být vysvětlení stejné, jako u skupiny předchozí. Kouření se stalo formou kompenzace těžkého společenského období. Průměrné procento nezaměstnanosti i indexu lidského rozvoje odpovídalo celospolečenské úrovni a postavení těchto tří zemí v rámci Evropy.

Posledním hodnoceným státem Evropy byla Ukrajina, která vytvořila samostatnou skupinu (označenou E). Index lidského rozvoje nabył hodnoty (0,744) a hrubý národní produkt (1.630 USD na obyvatele, viz tabulka 6a). Údaje pro oba ukazatele byly vysoce podprůměrné ve srovnání s ostatními sledovanými zeměmi Evropy. Dvojnásobných hodnot oproti celoevropskému průměru dosahovala Ukrajina také v míře úmrtnosti v důsledku kouření (průměrná míra úmrtnosti v důsledku kouření činila ve shluku 806 úmrtí na 100,000 obyvatel). Rovněž míra úmrtí v důsledku konzumace alkoholu byla druhá nejvyšší (průměrná míra úmrtnosti v důsledku konzumace alkoholu činila ve shluku 80 úmrtí na 100,000 obyvatel). Ukrajina jako východoevropská země ve většině ukazatelů významně zaostávala od zbytku Evropy. Tato země byla nejdéle pod sovětským vlivem (do roku 1991) a stále jsou její aktivity orientovány především východním směrem. Spolu s nízkou ekonomickou úrovní a neprogresivním hospodářstvím měla její chudoba vliv na výši ukazatelů vyjadřujících především socio-ekonomickou situaci země.

4.2.3 Třetí období - rok 2002

Poslední hodnocené období (2000 – 2005) bylo prezentováno hodnotami vybraných ukazatelů za rok 2002. Databáze disponovala kompletními daty, proto do analýzy vstupovaly údaje všech vybraných ukazatelů. Výsledkem analýzy se stalo rozdělení všech dvaceti tří zemí do čtyř skupin (viz obrázek 4). Námi sledovaných pět států, bylo na základě shlukování rozděleno tentokrát již do dvou skupin, což zřetelně poukazuje na výraznou odlišnou rychlost i směr ve vývoji post-komunistických států v Evropě.

Obrázek 4 - Typologie vybraných zemí Evropy, 2002



Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Tabulka 7a - Ukazatele vymezených skupin zemí, 2002

Ukazatel	Jednotka	Vymezené shluky				Průměr pro všechny země
		A (N=11)	B (N=4)	C (N=4)	D (N=3)	
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s kouřením	Na 100.000 obyvatel	238.85	434.10	370.90	680.74	358.62
<i>Odchylka od průměru</i>		-119.77	75.48	12.28	322.12	0.00
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s konzumací alkoholu	Na 100.000 obyvatel	60.78	94.70	108.67	183.51	92.39
<i>Odchylka od průměru</i>		-31.61	2.31	16.28	91.12	0.00
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 0-64 let	Na 100.000 obyvatel	10.15	12.74	17.74	32.76	15.08
<i>Odchylka od průměru</i>		-4.93	-2.34	2.66	17.68	0.00
Míra úmrtnosti na sebevraždy ve věku 65 let a více	Na 100.000 obyvatel	20.90	23.81	40.48	39.64	27.54
<i>Odchylka od průměru</i>		-6.64	-3.73	12.94	12.10	0.00
Index lidského rozvoje		0.928	0.817	0.860	0.803	0.878
<i>Odchylka od průměru</i>		0.050	-0.075	-0.062	-0.018	0.000
GNP	USD na obyvatele	23,409.09	3,172.50	6,552.50	1,973.33	13,741.82
<i>Odchylka od průměru</i>		9,667.27	10,569.32	-7,189.32	11,768.49	0.00
Nezaměstnanost	%	6.07	15.25	11.75	9.00	9.17
<i>Odchylka od průměru</i>		-3.10	6.08	2.58	-0.17	0.00
Počet dopravních nehod	Na 100.000 obyvatel	20.60	11.59	53.25	14.19	24.03
<i>Odchylka od průměru</i>		-3.43	-12.44	29.22	-9.84	0.00
Míra konzumace alkoholu	Litr na obyvatele	8.74	7.28	11.35	5.64	8.52
<i>Odchylka od průměru</i>		0.22	-1.24	2.83	-2.88	0.00
Procento pravidelných kuřáků	%	28.00	28.53	26.40	30.28	28.12
<i>Odchylka od průměru</i>		-0.12	0.40	-1.72	2.16	0.00
Průměrný počet vykouřených cigaret	Počet cigaret na obyvatele	1,669.00	1,837.47	1,902.90	1,322.60	1,694.92
<i>Odchylka od průměru</i>		-25.92	142.55	207.98	-372.32	0.00

Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Tabulka 7b. - Ukazatele vymezených skupin zemí, 2002

Ukazatel	Jednotka	Sledované země				
		Bulharsko	Česká republika	Chorvatsko	Rumunsko	Slovensko
Standardizovaná úmrtnost na příčiny smrti související s kouřením	Na 100.000 obyvatel	447.01	381.12	380.92	539.58	443.02
<i>Odchylka od průměru</i>		88.39	22.50	22.30	180.96	84.40
<i>Odchylka od průměru</i>		-18.44	13.02	50.24	-22.86	-4.84
Míra konzumace alkoholu	Litř na obyvatele	5.40	13.43	10.67	7.36	9.78
<i>Odchylka od průměru</i>		-3.12	4.91	2.15	-1.16	1.26
Procento pravidelných kuřáků	%	32.70	24.10	27.40	21.40	28.00
<i>Odchylka od průměru</i>		4.58	-4.02	-0.72	-6.72	-0.12
Průměrný počet vykouřených cigaret	Počet cigaret na obyvatele	2,792.60	1,490.63	1,736.68	1,392.63	1,230.40
<i>Odchylka od průměru</i>		1,097.68	-204.29	41.76	-302.29	-464.52

Zdroj dat: WHO, Health for All Databases, 2007

Do první nejpočetnější skupiny (s označením A) bylo zařazeno jedenáct evropských zemí: Rakousko, Dánsko, Finsko, Německo, Řecko, Itálie, Nizozemsko, Portugalsko, Švédsko, Švýcarsko a Velká Británie. Tato skupina, vymezená shlukovou analýzou, měla ve většině případů průměrné, ale spíše podprůměrné hodnoty, což vzhledem k tomu, že se jednalo o ukazatele projevů rizikového chování je jev pozitivní a žádoucí (viz tabulka 7a). Země řazené do této kategorie měly společný jmenovatel v podobě nejnižší míry úmrtí v důsledku kouření (průměrná míra úmrtnosti v důsledku kouření činila ve shluku 238.85 úmrtí na 100,000) i nejnižší míry úmrtí v důsledku konzumace alkoholu (průměrná míra úmrtnosti v důsledku konzumace alkoholu činila ve shluku 60.78 úmrtí na 100,000 obyvatel). Také údaje pro míru úmrtí na sebevražedné chování v obou kategoriích byly v této vymezené skupině nejnižší. Podle očekávání byl nejvyšší i index lidského rozvoje (0.928) a GNP (23,409.09 USD na obyvatele) jako příklad ekonomické prosperity, kvalitní sociální péče a stále se zvyšující životní úrovně obyvatel.

Jako výsledek shlukové analýzy se do druhé skupiny (označené B) zařadily čtyři země: Bulharsko, Polsko, Rumunsko a Slovensko (viz obrázek 4). Společnou je vysoká hodnota vyjadřující míru úmrtí v důsledku kouření (průměrná míra úmrtnosti v důsledku kouření činila ve shluku 434.10 úmrtí na 100,000 obyvatel) a s tím spojený průměrný počet vykouřených cigaret (1,837.47). Typickou pro tuto skupinu je nejnižší míra nezaměstnanosti (viz tabulka 7a, 7b) a nízké hodnoty pro index lidského rozvoje (0.817) a GNP (3,172.50 USD na obyvatele). Společným rysem zemí této skupiny bylo pomalejší využívání možností poskytnutých uvolněním poměrů v době po revoluci a nedostatečné podmínky spolu se zvolenými strategiemi v obratu na nový způsob hospodaření. Příčinou vysokých měr úmrtí by mohla být také nedostatečná úroveň informovanosti veřejnosti o škodlivých následcích kouření a alkoholismu, malých státních výdajů na proti-kuřácké kampaně a v neposlední řadě také ne příliš kvalitní zdravotnickou péče.

Chorvatsko, Slovinsko, Českou republiku a Maďarsko analýza vyčlenila do skupiny třetí (skupina C, viz obrázek 4), především na základě nejvyššího počtu dopravních nehod pod vlivem alkoholu (počet dopravních nehod činil 53.25) a velmi vysoké intenzitě úmrtnosti v důsledku nadměrné konzumace alkoholu (průměrná míra úmrtnosti v důsledku konzumace alkoholu činila ve shluku 183.51 úmrtí na 100,000 obyvatel), spojené s vysokou mírou konzumace alkoholu (11.35 litrů na obyvatele). Díky zařazení Maďarska do této skupiny jsou hodnoty vyjadřující míry úmrtnosti na sebevraždy v obou věkových kategoriích velmi vysoké (viz tabulka 7a). Pro tuto skupinu jsou charakteristické druhé nejvyšší údaje pro index lidského rozvoje (0.860) a GNP (6,552.50 USD na obyvatele). V případě nejvyššího počtu dopravních nehod mohla být důvodem přítomnost Slovinska s nejvyššími hodnotami tohoto ukazatele mezi figurujícími zeměmi, ale také například špatný technický stav automobilů dovážených většinou z východu. Dalším významným faktorem mohl být také alarmující stav dopravních komunikací. Tyto čtyři evropské země spolu sdílely jednu kategorii také proto, že v posledních letech zaznamenaly rychlý růst především v oblasti hospodářské, ale i například v odvětví zabývající se službami. Důvodem odpoutání České republiky od ostatních sledovaných států bývalého komunistického bloku a zařazení do čtvrté skupiny, by mohl být uvažován dynamický ekonomický vývoj země, natolik výraznější než v ostatních státech střední a východní Evropy. Ekonomická situace a mimořádně příznivé geopolitické podmínky v rámci Evropy a orientace na západ odpoutaly Českou republiku od ostatních post-komunistických zemí.

Čtvrtá skupina (označená D) zahrnuje tři východoevropské země: Bělorusko, Litvu a Ukrajinu. Společnou byla výrazně nadprůměrná hodnota pro míru úmrtí v důsledku konzumace alkoholu (průměrná míra úmrtnosti v důsledku konzumace alkoholu činila ve shluku 183.51 úmrtí na 100,000 obyvatel) a alarmující údaj vyjadřující míru úmrtí v důsledku kouření (průměrná míra úmrtnosti v důsledku kouření činila ve shluku 680.74 úmrtí na 100,000). Přitom míra konzumace alkoholu i průměrná spotřeba cigaret dosahovala průměrných hodnot (viz tabulka 7a) což by mohlo být důkazem nekvalitní zdravotní péče. Adekvátní ke stavu životní úrovně a hospodaření v těchto zemích východní Evropy je nízká hodnota indexu lidského rozvoje (0.803) i GNP (viz tabulka 7a). Skupina D zahrnovala státy s nižší životní úrovní, slabší ekonomikou i sociální politikou. To vše lze uvažovat jako příčiny četnějších projevů rizikového chování obyvatel, které těžší životní situace nutila ke kompenzaci konzumací alkoholu, kouřením a v konečném důsledku, jako poslední řešení, sebevražedným chováním. Země skupiny D by rozhodně měly zlepšit stav sociální péče a věnovat více pozornosti zvyšování kvality zdravotnictví.

4.2.4 Shrnutí

V prvním sledovaném období se Česká republika, Chorvatsko i Bulharsko umístily ve stejném shluku zemí (viz obrázek 2). Hodnoty všech států skupiny B se ukázaly být podprůměrné, v případě každého z pěti sledovaných ukazatelů rizikového chování. Tento jev může být vysvětlen dlouholetým společným politickým režimem a hospodářskou situací řízené ekonomiky pod sovětským vedením. V osmdesátých letech se ve střední a východní Evropě nevěnovala téměř žádná pozornost zdravému životnímu stylu s prevencí a omezováním kouření nebo konzumace alkoholických nápojů. Například kouření bylo běžnou součástí života nejen pracující třídy, ale i projevem chování mladší části populace. Neexistovalo mnoho preventivních proti-kuřáckých opatření či programů a společnost nebyla dostatečně informovaná o možných onemocněních a důsledcích kouření a nadměrné konzumace alkoholických nápojů. Tato situace je jasně patrná na údajích nejvýrazněji v první části shlukové analýzy. Za rok 1985 největší odchylky od průměru (2.9 v případě míry úmrtí na sebevraždy ve věku 0-64 let na 100.000 obyvatel) se v otázce míry úmrtí v důsledku sebevražedného chování ve věku 0-64 let dosáhlo Chorvatsko. Rovněž Bulharsko nabylo

vysoké hodnoty (míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného chování ve věku 65 let a výše činila ve shluku 54.3 úmrtí na 100,000 obyvatel). Chorvatsko i v této kategorii mělo údaje vysoce nadprůměrné, hodnota se navyšovala o 20,2 v případě míry úmrtí na sebevraždy ve věku nad 65 let na 100.000 obyvatel v porovnání s celoshlukovým průměrem (viz tabulka 5b). Země, které jsou předmětem zájmu předkládané práce, se ukázaly být celospolečensky méně vyspělé, než země zařazené shlukovou analýzou do skupiny A a C. Mezi nejvyspělejší státy tehdejší Evropy se například řadily: Velká Británie, Belgie, Švédsko nebo Finsko. Nedostatečnost v otázce proti-kuřáckých i proti-alkoholických politik se promítla i v údajích vyjadřujících míru úmrtí v důsledku kouření i zvýšené konzumace alkoholu. Nejvyšších hodnot dosáhla Česká republika (639.5 úmrtí na 100,000 obyvatel) a Bulharsko (567.5 úmrtí na 100,000 obyvatel) v míře úmrtí jako důsledek kouření. Průměr shluku činil 382 úmrtí na 100,000 obyvatel a údaj pro nejvyspělejší skupinu A 332.6 úmrtí na 100,000 obyvatel (viz tabulka 5b).

V druhém analyzovaném roce 1995 se údaje příliš nelišily a situace zůstávala podobná (viz obrázek 3). Do jedné skupiny B se na základě shlukování zařadilo všech pět námi sledovaných států spolu s Portugalskem. Protože bylo k dispozici více statistických údajů, hodnocení proběhlo na základě všech jedenácti ukazatelů rizikového chování. Údaj pro index lidského rozvoje byl podprůměrný v případě každého ze států skupiny B (viz tabulka 6b). Nejnižší hodnota pro Rumunsko klesla pod průměr shluku (který činil 0.856) o hodnotu 0.084. Skupina států střední a východní Evropy se vyznačovala také vysokými údaji v otázce kouření, nejvíce pravidelných kuřáků bylo v České republice a v Chorvatsku (viz tabulka 6b). Přestože GNP všech států sahalo pod úroveň zemí západní Evropy, byl zde dobře patrný nesporně rychlý ekonomický růst každého ze států v porevolučním období. V roce 1995 největší ekonomický obrat měla Česká republika (její GNP činilo 3,870 USD na obyvatele) a nejnižších hodnot dosáhlo Bulharsko s 1,330 USD na obyvatele. Všechny námi sledované státy v druhém analyzovaném roce vykazovaly poměrně nízkou míru úmrtí v důsledky sebevražedného chování v obou věkových kategoriích. Nejvíce sebevražd bylo zaznamenáno v Chorvatsku a naopak nejnižších hodnot dosahovalo kupodivu Rumunsko.

Ještě výraznější rozdíly v celospolečenském vývoji po roce 1989 byly zaznamenány v třetím analyzovaném roce 2002, kdy se vybrané státy na základě výsledků shlukové analýzy zařadily do skupin dvou. Bulharsko, Slovensko a Rumunsko byly součástí skupiny C a Česká republika s Chorvatskem se zařadily do čtvrté skupiny D (viz obrázek 4). Dobře patrná rychlost v případě ekonomického vývoje se projevila u hodnoty GNP, kde maxima dosáhla

opět Česká republika s 6,010 USD na obyvatele a minima Rumunsko s 1,930 USD na obyvatele. Tím je dobře zdokumentován odlišný vývoj zemí bývalého komunistického režimu. V případě nezaměstnanosti byly rozdíly opět velmi výrazné (viz tabulka 7b). S nejvyšší mírou nezaměstnanosti se v roce 2002 potýkalo Chorvatsko (22.3%) v kontrastu se 7.3% České republiky. Alarmujících hodnot v počtu dopravních nehod dosáhlo opět Chorvatsko, kdy údaj 74.2 nehod na 100,000 obyvatel byl o 50.2 nehod vyšší než evropský průměr v daném roce. Rozdíly nejen ve vývoji ekonomickém, ale i ve zlepšujícím se stavu zdravotnictví a sociální péče můžeme uvažovat v případě údajů vyjadřujících míru úmrtí v důsledku kouření a konzumace alkoholu. Na rozdíl od minulých dvou sledovaných let, nejvyšších hodnot už nedosahuje Česká republika, ale pomaleji se vyvíjející a celospolečensky více zaostalé Rumunsko. Stále ale mají námi sledované státy bývalého komunistického režimu údaje týkající se projevů rizikového mnohem vyšší než země západní Evropy. Nejrychleji se na cestě úspěšného společenského vývoje pohybuje Česká republika spolu s Chorvatskem a naopak nejméně pozitivních změn prokazuje Rumunsko s Bulharskem.

5. Diskuze

Cílem předkládané práce byl popis a hodnocení rizikového chování obyvatel Bulharska, Chorvatska, České republiky, Rumunska a Slovenska, v celoevropském kontextu, v období transformace.

V průběhu období, které bylo reprezentováno roky 1985, 1995 a 2002, byly sledovány projevy rizikového chování evropských obyvatel v socio-ekonomickém kontextu. Shluková analýza v každém hodnoceném roce rozdělila země do skupin. Podle shlukové analýzy však nebyl počet zemí v jednotlivých skupinách vždy stejný, ale měnil se v čase podle stupně vývoje a vyspělosti daných zemí. V prvním a třetím sledovaném roce na základě shlukování vymezujeme čtyři skupiny zemí a v roce 1995 skupin pět.

V každém analyzovaném roce byla vymezena skupina (označená A), která zahrnovala země v daném roce společensky i ekonomicky nejvyspělejší. Země, které jsou již delší dobu na cestě tržního hospodářství v souladu s fungujícím demokratickým politickým systémem. Sociální situace zemí, jakými jsou například: Norsko, Dánsko, Německo, Švýcarsko, Velká Británie či Švédsko, je na vysoké úrovni. Výše zmíněné země věnují značnou míru pozornosti a vydávají nemalé množství finančních zdrojů za účelem podpory duševního i fyzického zdraví svých obyvatel. Tato skutečnost je jasně patrná ve výsledcích našeho šetření.

Projevy rizikového chování obyvatel společensky nejvyspělejší skupiny byly ve všech sledovaných obdobích na nejnižší úrovni. V otázce socio-ekonomické naopak údaje vyjadřující index lidského rozvoje, nebo hrubý národní produkt dosáhly nejvyšších hodnot v porovnání s ostatními sledovanými zeměmi. Velmi výrazný byl kontrast hodnot ukazatelů mezi nejvyspělejší skupinou A a námi analyzovanou skupinou pěti zemí. V průběhu hodnoceného období hodnoty vypovídající o rizikovém chování obyvatel této nejvyspělejší skupiny zemí výrazně klesaly. V kontrastu s tím, údaje o socio-ekonomické situaci rostly v důsledku stále více prosperující ekonomiky.

Zajímavé jsou změny řazení zemí do skupin v průběhu celého hodnoceného období, v důsledku četnosti projevů rizikového chování a podle ekonomické prosperity. Země, u kterých byla zaznamenána redukce projevů rizikového chování a nárůst hodnot socio-ekonomických ukazatelů, se postupně řadily do skupin vyšších. Většina zemí druhé skupiny v roce 1985 se v následujícím roce již řadila do skupiny nejvyspělejší. Příkladem může být Belgie, Francie či Rakousko, což dokumentuje nárůst životní úroveň a redukcí projevů rizikového chování mezi roky 1985 a 1995.

Předkládanou prací analyzované země: Bulharsko, Chorvatsko, Česká republika, Rumunsko a Slovensko, společně sdílejí v prvních dvou sledovaných letech jednu skupinu, protože byly v průběhu osmdesátých let pod vlivem sovětského vedení a jejich celospolečenská úroveň byla uměle udržována na stejné úrovni. Před transformací nabývaly ukazatele projevů rizikového chování velmi podobných hodnot a pohybovaly se nad průměrem všech ostatních sledovaných zemí. V totalitním období vlády zemí střední a východní Evropy nevěnovaly téměř žádnou pozornost zdravému životnímu stylu s prevencí a omezováním kouření nebo nadměrné konzumace alkoholických nápojů. Cigareta byla běžnou součástí všech skupin obyvatelstva. V druhém analyzovaném roce 1995 země této kategorie vykazovaly stále podobný vývoj projevů rizikového chování, ovlivněný společnou minulostí a stejnými počátečními podmínkami společensko-ekonomické přeměny. Projevy rizikového chování jako kouření cigaret a nadměrná alkoholová konzumace ve většině těchto zemí výrazně stoupaly v průběhu devadesátých let. Četnější projevy rizikového chování se mohly stát kompenzací a pomocí ve vyrovnávání se s těžkou životní situací v nových podmínkách. Roky zažitých zvyklostí byly vystřídány dobou, kdy se každý musel rychle vzpamatovat a přeorientovat západním směrem. Moderní dynamický život sebou přinášel nové nároky

a požadavky na flexibilní rychlý životní styl. Tento fenomén byl pro mnohé lidi zátěží, při které častěji inklinovali ke kouření, nebo k požívání alkoholu. Ti, co se s novými podmínkami nedokázali vyrovnat, se následně uchýlovali ke krajnímu řešení v podobě sebevražedného jednání. Společným trendem bylo větší množství projevů rizikového chování a v důsledku toho větší míra úmrtí na nemoci způsobené kouřením, nebo nadměrnou konzumací alkoholu.

Poslední sledované období bylo prezentováno údaji za rok 2002 a mělo zachytit stav zemí regionu Střední a Východní Evropa po transformaci. Zde už byl dobře patrný rozdíl ve způsobu nastartování tržních ekonomik a obrácení se na západní systém hospodaření. Situace se nejpříznivěji vyvíjela v České republice a v Chorvatsku, které se proto zařadily do shluku jiného než zbývající sledované země. I přes značné problémy se zde výrazně zlepšila politická situace, ovlivňující ekonomiku a umožňující lepší soustředění na otázky péče o duševní a psychické zdraví obyvatel. Dokonce v České republice výrazně klesala standardizovaná míra úmrtnosti na nemoci způsobené kouřením. Nejhůře se s transformací vyrovnávali v Bulharsku a Rumunsku. Problém přetrvával v podobě společenských nepokojů i ekonomických neúspěchů. Tato situace byla dobře patrná i ve vývoji ukazatelů projevů rizikového chování. Obyvatelé se stále nacházeli pod vysokým tlakem a stav zdravotnictví a sociálních služeb se nelepšil. Proto křivky vyjadřující projevy rizikového chování mají jen mírně klesající charakter a hodnoty socioekonomických ukazatelů rostou jen pozvolna ve srovnání například s dynamičtějším vývojem v České republice.

Maďarsko, Polsko, Slovinsko, Litva a Ukrajina se po většinu sledovaného období řadily do posledních dvou skupin. Projevy rizikového chování jsou u nich výrazně četnější než u předchozích dvou skupin a mnohdy srovnatelné se skupinou námi analyzovaných zemí. Přestože socio-ekonomické údaje v celém sledovaném období mírně rostou, jsou hluboce podprůměrné ve srovnání se zeměmi EU-15. Maďarsko v prvním roce vytvořilo samostatnou skupinu na základě vysokých údajů ukazatelů míry úmrtnosti v důsledku sebevražedného chování v obou věkových kategoriích. Také v roce 1995 Ukrajina na základě shlukování tvořila vlastní skupinu vlastní, protože hodnoty vypovídajících o četných projevech rizikového chování byly vysoce nadprůměrné. Údaje socio-ekonomické, lidský index rozvoje a hrubý národní produkt, naopak byly výrazně podprůměrné a nezaměstnanost vysoká. V druhém

analyzovaném roce byly údaje pro Slovinsko za počet dopravních nehod pod vlivem alkoholu natolik vysoké, že shluková analýza vyčlenila Slovinsku pátou samostatnou skupinu.

V roce 2002 sice hodnoty projevů rizikového chování prokázaly pokles, ale bude trvat ještě velmi dlouho, než dosáhnou úrovně zemí vyspělejší Evropy.

V následujících letech se v námi analyzovaných pěti zemích zřejmě objeví známky zlepšení v oblasti prevence a kvality zdravotnických služeb, které vedou k redukci projevů rizikového chování. Podle článku, který publikoval v roce 2000 M., Carballo a A., Nerukar, je zároveň nutno počítat s možným nárůstem rizikového chování především díky zvýšenému počtu imigrantů. Po roce 1989, se země právě jako Chorvatsko, Česká republika, nebo Slovensko změnily ze zemí tranzitních v cílové destinace pro řadu emigrantů z méně vyspělých států, nebo se zemí s politickými problémy. S tím souvisely změny struktury obyvatel, demografických charakteristik, ale i nárůst projevů rizikového chování. Především ilegální imigranti se mnohdy obtížně orientují v novém prostředí, nebo se potýkají s finančními a sociálními problémy. Proto lze předpokládat i nárůst projevů rizikového chování častěji rozšířenému právě mezi sociálně slabšími skupinami nově příchozích jedinců (M., Carballo, A., Nerukar, 2000). Primární prevence by se proto měla zaměřit nejen na cílové skupiny místních obyvatel jako jsou děti či starší lidé, ale také na slabší sociální skupiny do kterých mnohdy patří i imigranti.

Doporučení změn, které by účinně vedly k omezení projevů rizikového chování není snadné. Publikace „*Closing the Gap*“, vydaná mezinárodním kolektivem mnoha zdravotnických organizací v roce 2007, se zabývá prostředky na zlepšení zdravotního stavu evropských obyvatel. Autoři rozlišují dvě klíčové úrovně vhodných opatření, a sice zásahy na státní úrovni a zásahy na úrovni lokální. Státní opatření mohou fungovat například v podobě stimulace ekonomického růstu, snížení cen zdravotnického materiálu a léků, nebo poskytnutí většího počtu pracovních příležitostí. Lokální opatření, redukující projevy rizikového chování v určité lokalitě, mohou být na základě analýzy místních podmínek vypracované studie a následné programy za účelem lepší informovanosti veřejnosti v problematice kouření a alkoholové závislosti. Podobné programy lze aplikovat formou workshopů a seminářů ve školách, na pracovištích i v rámci společenských událostí. Veřejnost by měla získat informace o negativních dopadech rizikového chování na zdraví, o způsobu zdravějšího stylu života, nebo o místech, kde je možné získat odbornou pomoc. Další způsob, jak omezit projevy

rizikového chování, autoři uvádí regionální politiku Evropské unie, která se realizuje pomocí tzv. kohezních fondů. Ty slouží k celkovému zvýšení životní úrovně přímým financováním projektů v oblasti životního prostředí, vodohospodářství a dopravy, ale také spolufinancují propagační a informační kampaně a podporují vzdělávání, což je nezbytné pro efektivní primární prevenci (Closing the Gap, 2007).

Podle studie publikované v roce 2006 L., Joosensem a M. Rawem, efektivní se ukázala být proti-kuřácká opatření státních politik v podobě zákazu reklam na tabákové výrobky, zvýšení cen tabákových výrobků skrze navýšení daně za tabákové produkty, nebo omezení kouření na veřejných místech. Jak studie prokázala, právě námi analyzované post-komunistické země, mají vážné nedostatky a rezervy právě v tomto způsobu redukce rizikového chování.

V dnešní moderní době plné stresujících situací je větší riziko vzniku depresí a stavů vedoucích k častějším projevům rizikového chování a v extrémním důsledku i k sebevraždám. Proto je nutné, dle mého mínění, se věnovat především prevenci primární. Opatření ve formě programů pro zlepšení informovanosti o důsledcích kouření a konzumaci alkoholu (zmíněná výše) se dají aplikovat formou diskuzí a debat ve školách. Důležitou roli by měly hrát sítě krizových telefonních linek a programy krizových center. V zemích střední a východní Evropy je třeba klást větší důraz na zdravější životní styl v kombinaci s přiměřenou relaxací, například formou sportovních aktivit. Preventivní opatření je nutné zlepšovat nejen na úrovni primární, ale na všech třech hladinách prevence. Zvýšenou pozornost by bylo třeba věnovat především dětské i starší populaci a rizikovým skupinám obyvatel. Také vládní politiky by měly věnovat více úsilí i finančních prostředků na zlepšení kvality zdravotnictví a sociální péče.

6. Závěr

Předkládaná diplomová práce měla za cíl porovnání vývoje evropských zemí na základě vybraných ukazatelů rizikového chování v socio-ekonomickém kontextu. Vývoj rizikového chování v Bulharsku, Chorvatsku, České republice, Slovensku a Rumunsku byl konfrontován se situací v celé Evropě.

Projevy rizikového chování byly sledovány v průběhu transformačního období, kdy socio-ekonomická přeměna 90. let 20. století měla dalekosáhlý vliv na zdraví obyvatel každé hodnocené země. Zásadní společenské změny měly řadu dopadů na duševní i fyzický stav, který byl hodnocen pomocí vybraných ukazatelů. V průběhu zkoumání zákonitostí a nastalých jevů ve vývoji rizikového chování, bylo potřeba mít podrobnější přehled o situaci v každé analyzované zemi. Důležitou v kontextu práce se ukázala být demografická charakteristika a reprodukční chování obyvatel. Na počátku sledovaného období, na přelomu let 80. a 90. let, jsme u všech námi sledovaných zemí zaznamenali poměrně vysokou míru plodnosti. Porodnost se pohybovala na průměru ostatních evropských zemí. V průběhu sledovaného období se míra porodnosti ve všech pěti analyzovaných zemích významně redukovala. Tento pokles byl natolik výrazný, že následné hodnoty záporného populačního přírůstku byly jedny z nejnižších ve světě. Významné stárnutí populace nezměnil ani trvalý pokles míry úmrtnosti v České republice a na Slovensku. U zbývajících třech zemí měla úmrtnost v celém sledovaném období mírně stoupající charakter, což jen prohloubilo efekt populačních úbytků. Pozitivní vývoj byl zaznamenán u všech analyzovaných zemí v případě nárůstu naděje dožití při narození v důsledku zvyšující se kvality životních podmínek.

Na projevy rizikového chování má značný vliv také stav ekonomiky. V námi zkoumaných zemích měla hospodářská situace podobný vývoj. Na počátku 90. let se u každé ze sledovaných zemí projevilo zhroucení společně řízené ekonomiky RVHP nárůstem nezaměstnanosti a celkovým poklesem výkonnosti. V následujících letech se ekonomický vývoj námi vybraných zemí lišil efektivitou zvolených strategií, která se promítla v odlišných rychlostech dosažení hospodářské prosperity. Nejúspěšnější proces transformace byl zaznamenán v České republice, kde i míra nezaměstnanosti na konci sledovaného období byla nejnižší v porovnání se zeměmi ostatními. Nejméně úspěšná byla ekonomická transformace v Bulharsku a Rumunsku. U všech sledovaných zemí v průběhu transformačního období však docházelo k pozvolnému zvyšování hrubého národního produktu i indexu lidského rozvoje. Situace se vyvíjela pozitivně i v případě zdravotnictví. Přestože počty nemocnic, lékařů i výdajů ve zdravotnictví stoupají, stále se ve srovnání s EU-15 pohybují hluboce pod průměrem.

K dosažení cíle „zhodnocení projevů rizikového chování“ byly vybraných ukazatele za rok 1985, který reprezentoval období před transformací, v roce 1995 jako zástupcem doby

transformační a rokem 2002 za účelem srovnání s nedávnou minulostí. K hodnocení vývoje byla použita shluková analýza vybraných ukazatelů projevů chování z oblasti kouření cigaret, konzumace alkoholu, úmrtí v důsledku sebevražedného jednání a ukazatelů socio-ekonomických.

Jako výsledek zkoumání dané problematiky můžeme uvést, že v čase před transformací byly projevy rizikového chování obyvatel námi sledovaných pěti zemí mnohem četnější v porovnání s ostatními státy Evropy. Údaje týkající se kouření i nadměrné konzumace alkoholu se pohybovaly nad průměrem ostatních evropských států. Všech pět zemí vykazovalo podobný vývoj ovlivněný společnou „totalitní“ minulostí. Zatímco v průběhu 90. let se projevy rizikového chování v zemích EU-15 redukovaly, v námi vybraných zemích významně stoupaly v důsledku celospolečenských změn a jejich prvotního nepříznivého dopadu na duševní i fyzický stav obyvatelstva.

Při sledování situace v nedávné minulosti byl už vývoj našich států odlišný. Zatímco země jako Bulharsko či Rumunsko se dále potýkaly s neúspěchy celospolečenské proměny, Česká republika se vydala nejrychleji na cestu demokracie s fungujícím tržním hospodářstvím. O tomto jevu svědčí i rostoucí údaje socio-ekonomických ukazatelů. O něco menší úspěšnost zaznamenaly Slovensko a Chorvatsko. Na základě provedené analýzy lze uvést, že situace se začala u námi vybraných zemí ve všech ohledech lepší až po roce 2000. Klesala četnost projevů rizikového chování i úmrtnosti s nimi spojená. Například míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání je nyní v České republice srovnatelná se společensky vyspělejšími zeměmi Evropy. Při konfrontaci s ostatními hodnocenými evropskými státy můžeme shrnout, že v zemích EU-15 s vyspělou ekonomikou a fungujícím tržním systémem socio-ekonomické hodnoty rostly v souladu s prosperujícím hospodářstvím a projevy rizikového chování se redukovaly v průběhu celého sledovaného období.

Při zkoumání vývoje rizikového chování v námi vybraných zemích lze konstatovat, že pro ně typickou nadměrnou a zdraví škodlivou spotřebu alkoholu a tabáku je možno označit jako „syndrom východoevropské společnosti“ (Dzúrová, D., Dragomirecká, E., Smolová, E., 2000).

Za zmínku stojí také skutečnost, že oproti kouření a konzumaci alkoholu, míra úmrtí v důsledku sebevražedného jednání v celé populaci námi sledovaných zemí klesá i v průběhu transformačního období. Obecně převládá názor, který jsem zastávala i já, že po roce 1989 se v transformující společnosti zvýšil počet sebevražd. Předkládaná práce na základě

podrobnějších studií však zjistila, že v průběhu sledovaného období, v námi analyzovaných pěti zemích, k nárůstu sebevražedného chování nejenže nedošlo, ale dokonce byl prokázán jeho významný pokles. Jak uvádějí D. Dzúrová s E. Dragomireckou ve své studii zabývající se sebevražedností, transformující se prostředí je sice náročnějším než období normalizace, neboť vyžaduje vynaložení vyšší individuální iniciativy na úspěch, ale na druhé straně vytváří nové příležitosti, jak neřešitelné problémy překonat. Nabízí se různé možnosti v podobě podpůrných iniciativ jako jsou například krizová centra, non-stop telefonní linky apod. (Dzúrová, D., Dragomirecká, E., 2002).

Závěrem lze konstatovat, že ve vyspělých zemích se cíleným působením řady faktorů daří úspěšně projevy rizikového chování v kontextu zdraví snižovat. Rizikové chování obyvatel pěti sledovaných zemí je však stále vysoce zdravotně nevhodné, vyšší pozornost společnosti na zlepšování situace je zde jistě žádoucí.

Literatura

- **ADÁMKOVÁ, V.** (2001): „Regionální ekonomická integrace středoevropských transformujících se ekonomik, Zapojení české ekonomiky do EU: dynamika, restrukturalizace a mezinárodní ekonomické vztahy“, Institut integrace ČR do světové a evropské ekonomiky, VŠE, Praha, s. 169-187.
- **ANDERSSON, B., et al.** (2007): Alcohol and Drug Use Among European 17-18 Year Old Students, ESPAD Project. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm, Sweden, s. 29-46.
- **ANDERSON, P., BAUMBERG, B.** (2006): Alcohol in Europe a public health perspective of alcohol studies, Report for the European Commission, Volume 13, Issue 6, s. 483-488.
- **BOKAJOVÁ, K.** (2006): Bosna a Hercegovina: mezinárodněprávní subjektivita sui generic, Diplomová práce, Masarykova univerzita, Brno, s. 26-44.
- **BRICK, J.** (2003): Medical consequences of alcohol abuse. In J. Brick (Ed.), Handbook of the medical consequences of alcohol and drug abuse, Center of Alcohol Studies, Piscataway, USA, s. 13-93.
- **CARBALLO, M., NERUKAR, A.** (2000): Migration, Refugees, and Health Risks, CDC Safer Healthier People, Volume 7, No. 3
- **CARTA, M., G., et al.** (2005): Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group), Department of Public Health University of Cagliari, Italy, Clin Pract Epidemiol Ment Health, Aug 31, s.13.
- **DOLL, R., PETO, R.** (1978): Epidemiological Journal, Community Health, Volume 32, s. 303-313
- **DOLL, R., PETO, R., BOREHAM, J., SUTHERLAND, I.** (2004): Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors, Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit, Radcliffe Infirmary, Oxford, GB, BMJ 328 (7455): 1519 s. 1-9.
- **DZÚROVÁ, D.** (1996): Zdravotní stav obyvatel: regionální rozdíly, Hampl, M., a kol., Geografická organizace společnosti a transformační procesy v České republice, PřF UK, Praha, s. 155-177.

- **DZÚROVÁ, D., DRAGOMIRECKÁ D.** (2002): Sebevražednost obyvatel České republiky v období transformace společnosti, PřF UK, Katedra sociální geografie, Praha
- **DZÚROVÁ, D., SMOLOVÁ, E., DRAGOMIRECKÁ D.** (2000): Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech, Katedra sociální geografie, PřF UK Praha, s. 56-101.
- **GUIDON, E.** (2003): Cost effectiveness result for Tobacco Use, WHO Framework Convention on Tobacco Control: Development of an evidence based global health treaty, British Medical Journal 327, s.154-157.
- **HEŘMANOVÁ, E.** (1991): Vybrané vícerozměrné statistické metody v geografii, Univerzita Karlova v Praze, fakulta přírodovědecká, Státní pedagogické nakladatelství, Praha, s. 82-84.
- **HIBELL, B., et al.** (2004): The 2003 ESPAD Report, The European School Survey on Alcohol and Other Drugs: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, Stockholm, Sweden, s. 63-189.
- **JANDOVÁ, M.** (2007): Zahraniční obchod Slovenské zahraniční politiky 1993-2006, Centrum výzkumu konkurenční schopnosti české ekonomiky, working paper 10/2007, Brno, s. 6-11.
- **JOOSSENS, L., RAW, M.** (2006): The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity, Tobacco Control 2006, Volume 15, s.247–253.
- **KOPP, M., et al.** (2003): The Significance of a Health Psychology Approach in Transforming Societies, Psychological Topics Volume 16, s. 297-310.
- **KOPP, M., RETHELYI, J.** (2003): Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality—the Central-Eastern European health paradox, Brain Research Bulletin, Volume 61, (2004) s. 351-367.
- **KOPP, M., SKRABSKI, A., SZEDMAK, S.** (2000): Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society, Social Science & Medicine Volume 51, s. 1351-1361.
- **KOPP, M., et al.** (2005): Chronic stress and social changes, socioeconomic determination of chronic stress, Annals of the New York Academy of Sciences 1113 (1), s. 325–338.
- **KOVESS, V.** (2004): The State of Mental Health in the European Union, Health and Consumer Protection, European Commission

- **KŘÍŽ, J.**, et al. (1997): Jak jsme na tom se zdravím, Státní zdravotní ústav, Praha, s.36-63.
- **MACHONIN, P., TUČEK, M.** (2002): Zrod a další vývoj nových elit v České republice (od konce osmdesátých let 20. století do jara 2002), Sociologický ústav Akademie věd České republiky, Praha, s. 16-29.
- **MACKENBACH, J., P.** (2006): Health Inequalities: Europe in Profile, An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, s. 6-41
- **MACHONIN, P.** (1997): Sociální transformace a modernizace k výstavbě teorie společenských změn v evropských postkomunistických zemích, Sociology - Slovak Sociological Review (5/2002), s.411-422.
- **MAKINEN, I.H.** (2000): Eastern European transition and suicide moratality, Social Science & Medicine 51, s. 1450-1420.
- **MAREŠOVÁ, A., BALOUN, V., CEJP, M., MARTINKOVÁ, M.** (2003): Kriminalita v roce 2002, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha, s. 6-22.
- **NEŠPOR, K., CZÉMY, L.** (2003): Alkohol drogy a vaše děti - Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat, Portál, Praha, s. 25-33.
- **OBOT, S., ROOM, R.** (2005): Alcohol, Gender and Drinking Problems Perspectives from Low and Middle Income Countries, MHO, Blackwell&Synergy, Volume 102 Issue 1, s.167-167.
- **ORTH-GOMÉR, K.**, et al (1998): Social relations and external and Severiny of coronary artery diseases, European Helth Journal, Volume 19, s. 1648-1656.
- **PETO, R., LOPEZ, A., BOREHAM, J., THUN, M.** (1992): Mortality from smoking in developing countries, Indirect estimation from national vital statistics, Lancet 1992, Volume 339, s. 1268-1278.
- **POPOV, P.** (2006): Závislost na alkoholu, Psychiatrie pro praxi 2003/1. s. 23-32.
- **POTMĚŠIL, L.** (2002): Transformace československé ekonomiky do roku 1993, Ročníková práce, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta Sociálně Ekonomická
- **RYCHTAŘÍKOVÁ, J.** (2006): Zdravá délka života v současné české populaci, Demografie, 2006, 48, 3, s. 166-178.
- **SCHAAP, M., VAN AGT, H., KUNST, A.** (2005): Identification of socio-economic groups at increasing risk of smoking in European countries: looking beyond education

- level, Department of Public Health, Erasmus Medical Centre, Rotterdam, the Netherlands, s. 320-369.
- **SIEGRIST, J. (2004):** Social Variation in Health Expectancy in Europe, Department of Medical Sociology, University of Dusseldorf, Německo, s. 9-88.
 - **SMOLOVÁ, E. (1999):** Regionální diference duševního zdraví obyvatel České republiky v socio-demografickém kontextu: dotazníkové šetření, Magisterská práce, PřF UK, Praha
 - **SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., SADÍLEK, P. (2003):** Kouření cigaret a pití alkoholu v české republice, Journal of Public Health, Volume 16, Number 1, s. 37-42.
 - **STEPTOE, A., WARDLE, J. (2001):** Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe Psychobiology Group, Social Science & Medicine 53 (2001), s. 1621–1630.
 - **STEPTOE, A., et al. (2002):** An international comparison of tobacco smoking, beliefs and risk awareness in university students from 23 countries, University College London, Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs Addiction, Volume 97, s. 1561–1571.
 - **ŠÁRA, L. (2006):** Návrat k demokracii, Praha
 - **ŠKODA, C., et al. (1996b):** Duševní zdraví obyvatel ČR z pohledu spotřeby zdravotnických služeb včera, dnes a zítra. PCP Praha
 - **ŠKODA, J., et al. (1998):** Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR, Psychiatrické centrum Praha, s. 12-30.
 - **SMOLÍK, D., et al. (2004):** Ekonomické, ekologické a sociální aspekty transformačních procesů průmyslových regionů v integrující Evropě, Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava, ekonomická fakulta, Ostrava, s. 19.
 - **TŘEBICKÝ, V. (2002):** Country report-Czech republic from an NGO perspective, Institute for Environmental Policy, Prague, s. 4-12.
 - **TUČEK, M., et al. (2000):** Česká rodina v transformaci, Sociologický ústav AV ČR, Praha, s. 7-46.
 - **VARNIK, A., SAMM, A., KOLVES, K., SISASK, M., WASSERMAN, D. (2006):** Suicide mortality and political transition: Russian in Estonia compared to the Estonia and to the population of Russia, Trames (3/2006), s. 268-277.
 - **VESELÝ, L., et al. (2005):** Zkušenosti české transformace © Společnost Člověk v tísni při ČT, Praha, s. 6-14.

- **WRAMMER, B., PELLMER, K.** (2002): Tobacco-related mortality following the Peto-Lopez epidemiological model used in international public health comparison, Central European Journal, 2002 Dec; Volume 10(4), s.142-5
- **ŽALOUDÍK, J.** (2000): Onkologická rizika životního stylu a prostředí, Klinická onkologie, ročník 13/2000, s. 2-8.

Zdroje informací

- **Closing the Gab** (2007): EuroHealthNet publication, The European network for public health, health promotion and disease prevention, Belgium
- **Demografická charakteristika rodiny na Slovensku (2005)**: Institut informatiky a statistiky, Výzkumné demografické centrum, Bratislava, s. 41-57.
- **Eurostat Year Book** (2007): Population, s. 47-81.
- **European Commission** (2005): Green paper, The State of Mental Health in the European Union, Health and Consumer protection, Directorate-General, European Communities, s. 4-12.
- **Global Status Report on Alcohol** (2004): World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, Switzerland
- **Health for All Databases** (2007): WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen
- **Human Development Report** (2003): Where Do we Come From, What Are We And Where Are We Going?, Czech Republic, MJF Praha, s.10-77.
- **Human Development Report** (1997): The National Human Development Report, United Nations Development Programme UNDP, Sofia, Bulgaria, s. 2-7.
- **Human Development Report** (2006): The National Human Development Report, United Nations Development Programme UNDP, Croatia, s. 49-147.
- **Human Development Report** (1997): The National Human Development Report, United Nations Development Programme UNDP, Understanding the Transition Process in Romania, s. 19-27.
- **Human Development Report** (2006/2007): The National Human Development Report, Fact sheet, <http://hdrstats.undp.org/indicators/2.html>
- **Human Development Report** (1997): The National Human Development Report, United Nations Development Programme UNDP, Understanding the Transition Process in Slovakia, s. 25-47.

- **Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize**, (1992): Úzis Praha
- **Mortality Databases** (2007): WHO, Regional Office for Europe, Copahagen
- **Obyvatelstvo Slovenska** (2001): Institut informatiky a statistiky, Výzkumné demografické centrum, Bratislava, s. 18-30.
- **Statistická ročenka České republiky 1998**, Scientia, Praha 1999: s.743
- **Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky** (1996): Mezinárodní klasifikace nemocí, ÚZIS ČR
- **WHO**, Global Status Report on Alcohol 1999, s. 9-67.
- **WHO**, World Health Organisation (1992): International Statistical Classification of Diseases and Related Problems (ICD-10), Czech edition Ústav zdravotnických informací a statistiky, Praha
- **WHO**, World Health Organisation (2000): Preventing suicide a ressource for general physicians, Mental and Behavioural Disorders, s. 2-19.

Webové zdroje

- **ARLT, J a kol.** (2002) Analýza ekonomických časových řad s příklady. Praha, VŠE, http://homel.vsb.cz/~tvr12/PUBLIKACE/2003_Analyza_CR.pdf
- **Centrum pro studium demokracie a kultury** (2007): Institut pro politiku a kulturu, http://www.cdk.cz/konference/maastricht/2649_201185_1_1_1_1_1,00.html
- **Columbia Encyklopedia** (2008): Sixth edition, <http://www.bartleby.com/65>
- **Canadian Mental Health Association**, 1993, <http://ww1.cpaapc.org:8080/publications/archives/cjp/1998/june/shared38.html>
- **Česká koalice proti tabáku** (2008): http://www.dokurte.cz/?stranka=pasivni_koureni&typ=sablony
- **DOLÁKOVÁ, G.** (2006): Stručná historie Bulharska, <http://st.vse.cz/~XDOLG01/Historie.htm>
- **European Central Bank** (2000): Annual report 1999, <http://www.ecb.int/pub/annual/html/index.en.html>, Germany, s. 74-85
- **European Detailed Mortality Database** (2008): World Health Organization, Regional Office for Europe, <http://data.euro.who.int/dmdb>

- **IOM Praha** (2002): Podpora dětského centra v Bukurešti a prevence nelegální migrace nezletilých, ve spolupráci s IOM Bukurešť a Save the Children, MVCR, <http://www.mvcr.cz/azyl/spoluprace/projekty/rumunsko/ru2.pdf>
- **JEDLIČKA, J.** (2006): Výňatek monitorovací zprávy o připravenosti Bulharska a Rumunska na vstup do Evropské unie, http://www.csas.cz/banka/content/inet/internet/cs/Bulharsko_Rumunsko.pdf
- **KOZÁKOVÁ, E., Demografické informace, analýzy a komentáře** (2007): Kouření a úmrtnost v EU a v ČR, http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=530
- **KRÁLÍKOVÁ E.** (1999): Modrá kniha-osobní sdělení, <http://www.globalink.org/tobacco/docs/eu-docs/200011cz.doc>
- **Migrace v rozšířené Evropě** (2002): Konference na Pražském hradě, Institut of International Relations, IIR, s. 10-24, <http://www.gac.cz/documents/Migrace.pdf>
- **Ministerstvo vnitra České republiky** (2007): Migrace v Rumunsku – výchozí situace v době zpracování a předložení evaluovaného projektu, <http://www.mvcr.cz/azyl/spoluprace/projekty/rumunsko/ru6.pdf>
- **Ministerstvo vnitra České republiky** (2007): Dokumentace, Poznatky k aktuální situaci v oblasti migrace v některých evropských státech, <http://www.mvcr.cz/dokument/migrace/poznatky.pdf>
- **National Statistics of Great Britain** (2008): Chapter 8: Smoking Living in Britain General Household Survey 2002, <http://www.statistics.gov.uk/lib2002/downloads/smoking.pdf>
- **New Brunswick Department of Health and Wellness** (2008), Community Mental Health Centres, Programs and Services, s. 3, <http://www.gnb.ca/0055/cmhcs-e.asp>
- **OECD**, Organisation for economic co-operation and development, website: http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html
- **PETO, R., LOPEZ, A., BOREHAM, J., THUN, M.** (1992): Mortality from smoking in developing countries 1950-2000, 2nd edition, revised June 2006, [http://www.deathsfromsmoking.net/download%20files/Original%20research/Mortality%20from%20smoking%20in%20developed%20countries%201950-2000%20\(2nd%20ed.\).pdf](http://www.deathsfromsmoking.net/download%20files/Original%20research/Mortality%20from%20smoking%20in%20developed%20countries%201950-2000%20(2nd%20ed.).pdf)

- **Portál pro podnikání a export**, (2008): Ekonomická charakteristika Rumunska, Ministerstvo zahraničních věcí (MZV), <http://www.businessinfo.cz/cz/sti/rumunsko-ekonomicka-charakteristika-zeme/4/1000686/>
- **POTŮČEK, M.**, et al. (2003): Putování českou budoucností, Centrum pro sociální a ekonomické strategie Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Praha, <http://www.akademon.cz/source/linput.htm>
- **TESAŘ, F.** (2005): Dopady migrací v rámci území bývalé Jugoslávie, Ústav mezinárodních vztahů, Praha, <http://aplikace.isvav.cvut.cz/projectDetail.do?rowId=RM02%2F24%2F05>
- **The Smoke Free Partnership** (2008): UK Research of the European Respiratory Society and the Institut National du Cancer, http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=17039
- **The World Bank** (2008): World Development Indicators database, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20535285~menuPK:1192694~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>
- **TOMANOVÁ, V.** (2007): Svět ohrožují sebevraždy, Český statistický úřad, Praha, http://notes4.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/1_3_2007_svet_ohrozuj_i_sebevrazdy
- **VRÁNA, K., Demografické informace, analýzy a komentáře (2007):** Vliv alkoholu na úmrtnost v České republice, http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=496
- **Wikipedia** (2008): The free encyclopedia, http://en.wikipedia.org/wiki/Main_Page, http://sk.wikipedia.org/wiki/Politick%C3%BD_v%C3%BDvoj_Slovenska_od_roku_1989, http://sk.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1d_komunizmu_v_Bulharsku
- **WHO**, World Health Organisation (2007): website: <http://www.who.int/en>
- **ZUKAL, J.** (2004): Veřejná zpráva Evropské unie, Ministerstvo vnitra České republiky, Praha, <http://www.micr.cz/casopisy/s/2001/0047/47konz.html>

Seznam použitých zkratk

- ARM - Alcohol-related mortality, úmrtnost spojená s alkoholem
- CTC – California Tobacco Control
- ČR – Česká republika
- ČSFR – Česká a Slovenská federativní republika
- ČSSR – Československá socialistická republika
- ČSÚ – Český statistický úřad
- ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- EU – European Union
- HDP – Hrubý domácí produkt
- HNP - Health, Nutrition and Population Data&Statistics
- HFA – Health For All Databases
- ICD-10 - International Classification of Diseases, desátá edice
- MMF – Mezinárodní měnový fond
- MVČR – Ministerstvo vnitra České republiky
- NATO – North Atlantic Treaty Organization
- NDR –Německá demokratická republika
- OECD - Organization for Economic Cooperation and Development
- OSN – Organizace spojených národů
- RVHP – Rada vzájemné hospodářské pomoci
- SR – Slovenská republika
- SSSR – Svaz sovětských socialistických republik
- TCS – Tobacco Control Scale
- GDP – Great domestic product, hrubý domácí produkt
- GENACIS - Gender, Alcohol and Culture: an International Study
- GNP – Great national product, hrubý národní produkt
- UNDP - United Nations Development Program
- USA – United states of America
- USD – United States Dollar
- WHO - World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
- ICTY - Mezinárodním tribunálem pro bývalou Jugoslávii

Seznam tabulek, obrázků a grafů

Seznam grafů:

Graf 1 Pravidelní denních kuřáků ve věku od 15 let, za rok 2003 ve vybraných zemích Evropy v roce 2003 v %.....	13
Graf 2 – Míra úmrtí na nemoci způsobené nadměrnou konzumací alkoholu na 100,000 obyvatel u vybraných zemí Evropy v roce 2003.....	15
Graf 3 - Příčina smrti, sebevraždy a sebezranění na 100,000 obyvatel u vybraných zemí Evropy v roce 2003.....	18
Graf 4 - Pravidelné kuřáctví mezi roky 1999 a 2003, školní populace ve věku 16ti let ve vybraných zemích (v %), ESPAD, 2003	55
Graf 5 - Standardizovaná úmrtnost na nemoci vyvolané kouřením, vybrané země Evropy (na 100,000 obyvatel).....	57
Graf 6 - Standardizovaná úmrtnost na nemoci vyvolané kouřením v Bulharsku, České republice, Chorvatsku, Rumunsku a Slovensku (na 100,000 obyvatel).....	58
Graf 7 - Standardizovaná úmrtnost na příčiny onemocnění vyvolané nadměrnou konzumací alkoholu ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel).....	63
Graf 8 - Standardizovaná úmrtnost na příčiny onemocnění vyvolané nadměrnou konzumací alkoholu ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel).....	64
Graf 9 - Vývoj pravidelné konzumace alkoholu (40 a vícekrát za život) mezi roky 1999 a 2003 v populaci šestnáctiletých vybraných zemí (v %).....	65
Graf 10 - Časté pití alkoholu v posledních 30 dnech (10 a vícekrát) podle pohlaví v populaci vybraných zemí.....	66
Graf 11 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku 0-64 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel).....	70
Graf 12 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku nad 65 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel).....	72

Seznam obrázků:

Obrázek 1 - Odhad průměrné spotřeby piva, vína a destilátů při poslední konzumní příležitosti (v cl 100% alkoholu) v Evropě.....	67
Obrázek 2 - Typologie vybraných zemí Evropy, 1985.....	74
Obrázek 3 - Typologie vybraných zemí Evropy, 1995.....	78
Obrázek 4 - Typologie vybraných zemí Evropy, 2002.....	84
Obrázek 5 - Model sociální podpory a determinantů duševního zdraví	119
Obrázek 6 - Typy duševního zdraví, péče a služeb v komplexu sociálních determinantů...	120

Seznam tabulek:

Tabulka 1 - Průměrná spotřeba cigaret na osobu starší 15 let za rok u vybraných států Evropy.....	59
Tabulka 2 - Míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku 0-64 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel), 1985, 1995, 2002.....	61
Tabulka 3 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku 0-64 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel).....	70
Tabulka 4 - Standardizovaná míra úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání ve věku nad 65 let ve vybraných zemích (na 100,000 obyvatel).....	71
Tabulka 5a - Ukazatele vymezených skupin zemí, 1985.....	75
Tabulka 5b - Ukazatele vymezených skupin zemí, 1985.....	75
Tabulka 6a - Ukazatele vymezených skupin zemí, 1995.....	79
Tabulka 6b - Ukazatele vymezených skupin zemí, 1995.....	80
Tabulka 7a - Ukazatele vymezených skupin zemí, 2002.....	85
Tabulka 7b - Ukazatele vymezených skupin zemí, 2002.....	86
Tabulka 8 – Příčiny smrti v důsledku kouření, nepřímá standardizace pro věk a rok studie, 1951-2001.....	112

Tabulka 9 – Přesvědčení o příznivém dopadu nekouření na zdraví.....	113
Tabulka 10 – Ceny krabičky cigaret značky Marlboro u vybraných zemí Evropy.....	114
Tabulka 11 – Standardizovaná míra úmrtnosti na vybrané příčiny úmrtí v Evropě v roce 1985 (na 100,000 obyvatel).....	115
Tabulka 12 – Standardizovaná míra úmrtnosti na vybrané příčiny úmrtí v Evropě v roce 1995 (na 100,000 obyvatel).....	116
Tabulka 13 - Standardizovaná míra úmrtnosti na vybrané příčiny úmrtí v Evropě v roce 2002 (na 100,000 obyvatel).....	117

Přílohy

Mezinárodní klasifikace nemocí

10. revize

1. Onemocnění podílející se na úmrtí v důsledku kouření:

Zhoubné novotvary rtu, dutiny ústní a hltanu

- C00- Zhoubný novotvar rtu
- C01- Zhoubný novotvar kořene jazyka
- C02- Zhoubný novotvar jiných a neurčitých částí jazyka
- C03- Zhoubný novotvar dásně
- C04- Zhoubný novotvar ústní spodiny
- C05- Zhoubný novotvar patra
- C06- Zhoubný novotvar jiných a neurčitých částí úst
- C07- Zhoubný novotvar příušní žlázy
- C08- Zhoubný novotvar jiných a neurčených slinných žláz
- C09- Zhoubný novotvar mandle
- C10- Zhoubný novotvar ústní části hltanu
- C11- Zhoubný novotvar nosohltanu
- C12- Zhoubný novotvar pyriformního sinu
- C13- Zhoubný novotvar hypofaryngu
- C14- Zhoubný novotvar jiných a nepřesně určených lokalizací rtu, ústní dutiny a hltanu

Zhoubné novotvary trávicího ústrojí

- C15- Zhoubný novotvar jícnu

Zhoubné novotvary dýchací soustavy a nitrohručních orgánů

- C32- Zhoubný novotvar hrtanu
- C33- Zhoubný novotvar průdušnice
- C34- Zhoubný novotvar průdušky

Ischemické nemoci srdeční

- I20- Angina pectoris
- I21- Akutní infarkt myokardu
- I22- Pokračující infarkt myokardu
- I23- Některé komplikace následující akutní infarkt myokardu
- I24- Jiné akutní ischemické nemoci srdeční
- I25- Chronická ischemická nemoc srdeční

Cévní nemoci mozku

- I60- Subarachnoidální krvácení
- I61- Intracerebrální krvácení
- I62- Jiné neúrazové intrakraniální krvácení
- I63- Mozkový infarkt
- I64- Cévní příhoda mozková (mrtvice) neurčená jako krvácení nebo infarkt
- I65- Uzávěr a zúžení přívodných mozkových tepen nekončící mozkovým infarktem
- I66- Uzávěr a zúžení mozkových tepen nekončící mozkovým infarktem

- I67- Jiná cévní onemocnění mozku
- I68- Cévní onemocnění mozku při nemocech zařazených jinde
- I69- Následky cévních nemocí mozku

Chronické nemoci dolní části dýchacího ústrojí

- J40- Zánět průdušek neurčený jako akutní nebo chronický
- J41- Prostá a mukopurulentní chronická bronchitida
- J42- Neurčená chronická bronchitida
- J43- Rozedma plic
- J44- Jiná chronická inkrktivní plicní nemoc
- J45- Astma
- J46- Astmatický stav
- J47- Rozšíření průdušek

2. Onemocnění podílející se na úmrtí v důsledku zvýšené konzumace alkoholu

- C15- Zhoubný novotvar jícnu
- C32- Zhoubný novotvar hrtanu

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

- F10- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu

Nemoci jater

- K70- Alkoholické onemocnění jater
- K73- Chronický zánět jater nezařazený jinde
- K74- Fibróza a cirhóza jater
- K76- Jiné nemoci jater

Dopravní nehody

- V01-V09- Chodec zraněný při dopravní nehodě
- V10-V19- Cyklista zraněný při dopravní nehodě
- V20-V29- Jezdec zraněný při dopravní nehodě
- V30-V39- Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při dopravní nehodě
- V40-V49- Člen osádky osobního automobilu zraněný při dopravní nehodě
- V50-V59- Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při dopravní nehodě
- V60-V69- Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při dopravní nehodě
- V70-V79- Člen osádky autobusu zraněný při dopravní nehodě
- V80-V89- Jiné nehody při pozemní dopravě
- V90-V99- Nehody při vodní dopravě

Jiné vnější příčiny náhodného poranění

- X00-X09- Vystavení kouři, ohni, dýmu a plamenům
- X10-X19- Kontakt z horkem a horkými látkami
- X20-X29- Kontakt s jedovatými živočichy a rostlinami
- X30-X39- Vystavení přírodním silám
- X40-X49- Náhodná otrava škodlivými látkami a expozice jejich působení
- X50-X57- Přetížení, cestování a strádání

X58-X59- Náhodné vystavení jiným a neurčeným faktorům

X60-X84- Úmyslné sebepoškození

X85-Y09- Napadení (útok)

Y10-Y34- Případ (událost) nezjištěného úmyslu

Y35-Y36- Zákonný zákrok a válečné operace

Komplikace zdravotní péče

Y40-Y59- Léky, léčiva, návykové a biologické látky jako příčina nežádoucích účinků při léčebném použití

Y60-Y69- Nehody u pacientů při zdravotní péči

Y70-Y82- Nežádoucí příhody související s použitím lékařských přístrojů (pomůcek) při diagnostickém výkonu nebo léčebné péči

Y83-Y84- Operační a jiné vyšetřovací a léčebné výkony jako příčina abnormální reakce pacienta či pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu

Y85-Y89- Následky vnějších příčin nemoci a úmrtnosti

Y90-Y99- Doplnkové faktory týkající se příčin nemoci a úmrtnosti zařazených jinde

3. Úmrtí v důsledku sebevražedného počínání

Úmyslné sebepoškození

X60- Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení

X61- Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde

X62- Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky (halucinogeny) a expozice jejich působení, nezařazené jinde

X63- Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými látkami působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení

X64- Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení

X65- Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení

X66- Úmyslné sebeotrávení organickými rozpouštědly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení

X67- Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení

X68- Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení

X69- Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení

X70- Úmyslné sebepoškození oběšením (u)škrcením a (za)dušením

X71- Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením

X72- Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru

X73- Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně

X74- Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně

X75- Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou

X76- Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm

X77- Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty

X78- Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem

X79- Úmyslné sebepoškození tupým předmětem

X80- Úmyslné sebepoškození skokem s výšek

- X81- Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující předmět
 X82- Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla
 X83- Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky
 X84- Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky

Tabulka 8 – Příčiny smrti v důsledku kouření, nepřímá standardizace pro věk a rok studie, 1951-2001

Příčina smrti	Počet úmrtí 1951-2001	Standardizovaná úmrtnost na 1,000 mužů za rok							
		Počet pravidelných kuřáků						Nepravidelní kuřáci	
		Současní kuřáci	Bývalí kuřáci	Příležitostní kuřáci	Počet cigaret za den			Bývalí	Současní
					<14	15-24	≥25		
Rakovina plic	1,052	0.17	0.68	2.49	1.31	2.33	4.17	0.71	1.3
Rakovina jazyka, hrtanu, jícnu	340	0.09	0.26	0.6	0.36	0.47	1.06	0.3	0.47
Ostatní novotvary	3,893	3.34	3.72	4.69	4.21	4.67	5.38	3.66	4.22
Chronické respirační nemoci	640	0.11	0.64	1.56	1.04	1.41	2.61	0.45	0.64
Ostatní respirační nemoci	1,701	1.27	1.7	2.39	1.76	2.65	3.11	1.69	1.67
Ischemická choroba srdeční	7,628	6.19	7.61	10.01	9.1	10.07	11.11	7.24	7.39
Cerebrovaskulární nemoci	3,307	2.75	3.18	4.32	3.76	4.35	5.23	3.24	3.28
Ostatní cévní nemoci	3,052	2.28	2.83	4.15	3.37	4.4	5.33	2.99	3.08
Ostatní nemoci	2,565	2.26	2.47	3.49	2.94	3.33	4.6	2.49	2.44
Vnější příčiny	891	0.71	0.75	1.13	1.08	0.79	1.76	0.89	0.92
Neznámé příčiny	277	0.17	0.28	0.52	0.39	0.57	0.59	0.25	0.31
Počet úmrtí celkem	25,346	19.38	24.15	35.40	29.34	34.79	45.34	23.96	25.70

Zdroj: L., Joossens, et al., 2005

Tabulka 9 – Přesvědčení o příznivém dopadu nekuřáctví na zdraví

Země	Muži	Ženy
Belgie	7.64 (7.33–7.96)	8.29 (7.98–8.60)
Bulharsko	7.17 (6.90–7.43)	7.59 (7.34–7.84)
Kolumbie	7.30 (7.07–7.54)	7.84 (7.58–8.10)
Velká Británie	7.85 (7.60–8.09)	8.35 (8.08–8.63)
Francie	8.00 (7.74–8.25)	7.84 (7.57–8.11)
Německo	7.44 (7.15–7.72)	7.57 (7.30–7.83)
Řecko	7.82 (7.56–8.07)	8.42 (8.16–8.68)
Maďarsko	8.23 (7.90–8.57)	8.61 (8.33–8.88)
Island	8.41 (8.12–8.70)	9.12 (8.85–9.39)
Irsko	8.44 (7.93–8.95)	8.81 (8.52–9.09)
Itálie	7.59 (7.41–7.77)	8.18 (8.03–8.32)
Japonsko	8.72 (8.41–9.03)	9.16 (8.84–9.47)
Korea	7.77 (7.44–8.10)	8.81 (8.57–9.04)
Nizozemsko	7.49 (7.18–7.80)	7.68 (7.42–7.93)
Polsko	8.00 (7.72–8.29)	8.34 (8.09–8.59)
Portugalsko	7.54 (7.30–7.77)	8.16 (7.93–8.40)
Rumunsko	8.33 (8.08–8.59)	8.51 (8.24–8.76)
Slovensko	7.98 (7.76–8.20)	8.62 (8.42–8.81)
Jižní Afrika	7.56 (7.27–7.84)	8.04 (7.77–8.30)
Španělsko	8.41 (8.06–8.75)	8.09 (7.76–8.41)
Thajsko	8.07 (7.79–8.36)	9.25 (9.02–9.47)
Venezuela	8.49 (8.22–8.76)	8.59 (8.31–8.86)
USA	7.90 (7.67–8.13)	8.57 (8.42–8.73)

Zdroj: A., Steptoe, et al., 2002

Tabulka 10 – Ceny krabičky cigaret značky Marlboro u vybraných zemí Evropy

Země	cena v místní měně	cena v USD
Rakousko	3.10 EUR	3.53
Belgie	3.56 EUR	4.15
Bulharsko	2.43 BGN	3.86
Chorvatsko	-	1.57
Česká republika	44.00 CZK	3.2
Dánsko	31.50 DKK	3.8
Estonsko	19.61 EEK	2.36
Finsko	4.10 EUR	4.54
Francie	5.00 EUR	5.73
Německo	4.44 EUR	5.01
Řecko	2.80 EUR	4
Maďarsko	440.00 HUF	3.65
Island	565.00 ISK	5.9
Irsko	6.45 EUR	6.41
Itálie	3.20 EUR	3.91
Litva	3.75 LTL	2.52
Lucembursko	2.88 EUR	2.79
Malta	1.55 MTL	6.23
Nizozemsko	4.00 EUR	4.52
Norsko	65.00 NOK	6.6
Polsko	5.85 PLN	3.28
Portugalsko	2.75 EUR	4.16
Rumunsko	4.00 RON	
Rusko	24.00 RUB	1.37
Slovensko	45.00 SKK	
Slovinsko	475.00 SIT	2.64
Španělsko	2.25 EUR	3.22
Švédsko	40.00 SEK	2.87
Švýcarsko	5.80 CHF	4.48
Velká Británie	5.23 GBP	8.68

Zdroj: The tobacco control, 2001

Tabulka 11 - Standardizovaná míra úmrtnosti na vybrané příčiny úmrtí v Evropě v roce 1985 (na 100,000 obyvatel)

	Zhoubný novotvar horních cest dýchacích	Zhoubný novotvar slinivky	Zhoubný novotvar dolních cest dýchacích	Ischemická choroba srdeční	Cerebrovasculární nemoci	Zhoubný novotvar jícnu
Rakousko	326	1025	3331	15854	14503	226
Belgie	399	1024	6995	14681	11547	464
Bulharsko	240	660	3267	21767	23637	124
Chorvatsko	288	385	2150	4115	8434	182
Česká republika	...	...	...	...	...	...
Dánsko	...	...	...	...	...	...
Finsko	...	...	...	...	...	...
Francie	5883	5107	23019	54964	62858	5111
Německo	...	...	...	...	...	...
Řecko	189	773	4618	10194	18357	179
Maďarsko	854	1260	6402	27726	23637	439
Itálie	3142	5335	30037	68978	78497	2418
Nizozemsko	322	1647	8466	25704	11759	607
Norsko	...	...	...	...	...	...
Polsko	1221	2940	16354	34494	24881	1179
Portugalsko	374	639	2209	8437	24076	502
Rumunsko	794	1281	6392	36729	36216	273
Rusko	5230	...	56776	476437	327799	7765
Slovensko	...	...	...	...	...	...
Slovinsko	161	152	812	2415	2761	84
Španělsko	1444	2380	13127	31781	47702	1570
Švédsko	...	...	...	...	...	...
Švýcarsko	...	...	...	...	...	...
Ukrajina	2013	...	19552	252120	108084	1512
Velká Británie	1959	6806	41790	186598	83665	5222

A Zhoubný novotvar horních cest dýchacích

B Zhoubný novotvar dolních cest dýchacích

C Ischemická choroba srdeční

D Cerebrovasculární nemoci

E Zhoubný novotvar jícnu

Zdroj: WHO/Europe, European mortality database (MDB), 2007

Tečka namísto údaje v tabulce vyjadřuje, že údaj není dostupný

Tabulka 12 - Standardizovaná míra úmrtnosti na vybrané příčiny úmrtí v Evropě v roce 1995 (na 100,000 obyvatel)

	Zhoubný novotvar horních cest dýchacích	Zhoubný novotvar slinivky	Zhoubný novotvar dolních cest dýchacích	Ischemická choroba srdeční	Cerebrovasculární nemoci	Zhoubný novotvar jícnu
Rakousko	427	1191	3352	17026	9857	249
Belgie	552	1219	7125	12322	9446	560
Bulharsko	328	723	3602	23504	22241	294
Chorvatsko	411	417	2439	9485	8366	218
Česká republika	536	1502	6099	30442	18139	388
Dánsko	252	711	3636	12678	5543	343
Finsko	142	656	1911	13670	6197	216
Francie	5166	6372	26291	47055	43553	4614
Německo	4684	11149	38935	183736	101034	4073
Řecko	217	1005	5478	12686	19024	193
Maďarsko	1419	1533	8207	30742	20013	696
Itálie	2949	6975	33048	75879	69348	2170
Nizozemsko	452	1668	8853	20723	12409	1017
Norsko	152	569	1651	9647	4987	142
Polsko	1760	3446	20795	38923	29035	1314
Portugalsko	483	827	2933	9085	23439	457
Rumunsko	1144	1734	8791	55569	55144	404
Rusko	8326	...	70654	554605	423331	8140
Slovensko	578	458	2428	14465	5368	245
Slovinsko	143	179	1025	2414	2407	93
Španělsko	2181	3372	18403	37688	39973	1791
Švédsko	244	1383	2957	23995	9948	297
Švýcarsko	305	820	2652	11208	5208	356
Ukrajina	3628	...	23560	270134	132735	2024
Velká Británie	1928	6520	37541	152930	69400	6664

A Zhoubný novotvar horních cest dýchacích

B Zhoubný novotvar dolních cest dýchacích

C Ischemická choroba srdeční

D Cerebrovasculární nemoci

E Zhoubný novotvar jícnu

Zdroj: WHO/Europe, European mortality database (MDB), 2007

Tečka namísto údaje v tabulce vyjadřuje, že údaj není dostupný

Tabulka 13 - Standardizovaná míra úmrtnosti na vybrané příčiny úmrtí v Evropě v roce 2002 (na 100,000 obyvatel)

	Zhoubný novotvar horních cest dýchacích	Zhoubný novotvar slinivky	Zhoubný novotvar dolních cest dýchacích	Ischemická choroba srdeční	Cerebrovasculární nemoci	Zhoubný novotvar jícnu
Rakousko	473	1244	3592	16355	8123	319
Belgie	...	...	...	...	...	...
Bulharsko	341	815	3367	20642	21844	180
Chorvatsko	364	540	2839	8829	8369	218
Česká republika	640	1613	5819	22504	16536	400
Dánsko	...	...	...	...	...	...
Finsko	135	755	1880	12730	4838	191
Francie	4544	7426	27377	43577	36702	4172
Německo	4699	12819	40715	164801	77519	4523
Řecko	263	1203	5992	13181	18626	190
Maďarsko	1717	1670	8541	29674	18510	675
Itálie	2860	8394	34197	75380	65895	1971
Nizozemsko	547	1860	9146	15973	12222	1213
Norsko	151	646	1956	7821	4296	156
Polsko	1762	3809	22951	51469	41033	1513
Portugalsko	607	949	3417	9533	19562	543
Rumunsko	1735	2129	9463	56509	55210	553
Rusko	8929	13762	61847	618171	485841	6902
Slovensko	552	538	2200	14902	4763	270
Slovinsko	147	247	1000	2208	2008	108
Španělsko	2224	4283	19858	39400	35947	1740
Švédsko	249	1459	3170	19787	10003	348
Švýcarsko	363	977	2801	10050	4339	398
Ukrajina	3621	...	19470	304931	107531	1645
Velká Británie	1997	6901	34596	117782	67469	7260

A Zhoubný novotvar horních cest dýchacích

B Zhoubný novotvar dolních cest dýchacích

C Ischemická choroba srdeční

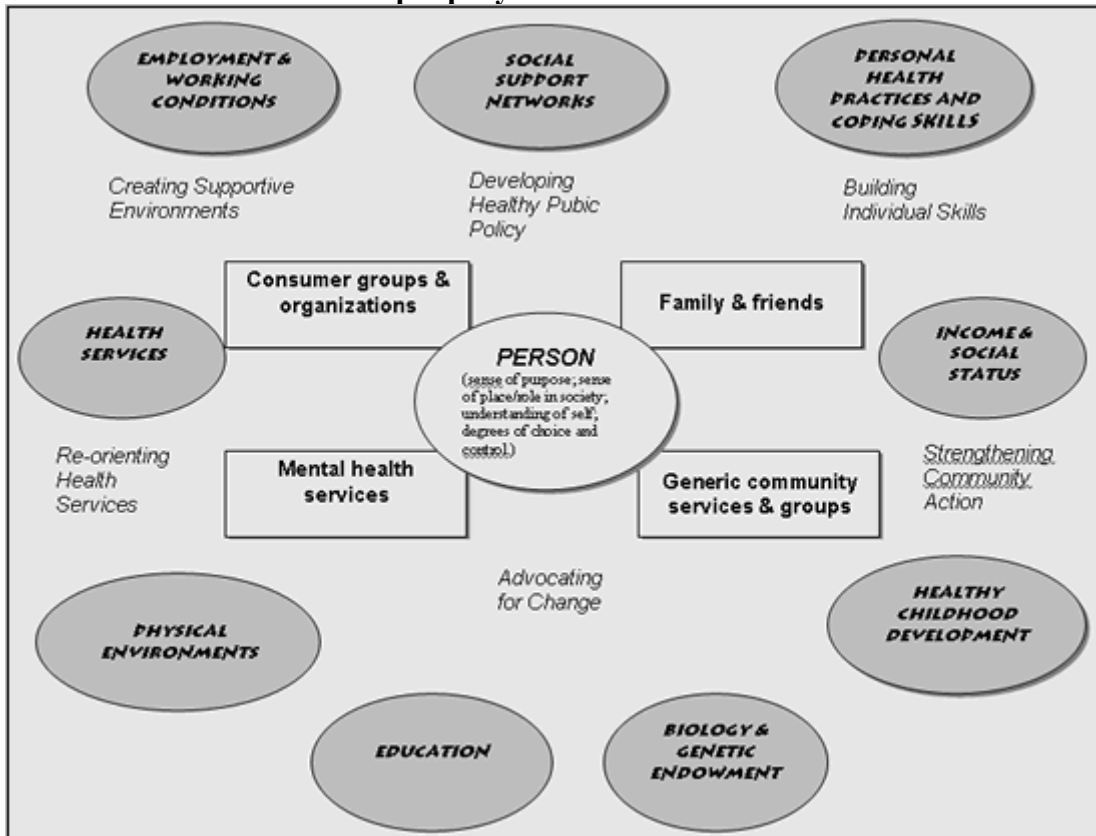
D Cerebrovasculární nemoci

E Zhoubný novotvar jícnu

Zdroj: WHO/Europe, European mortality database (MDB), 2007

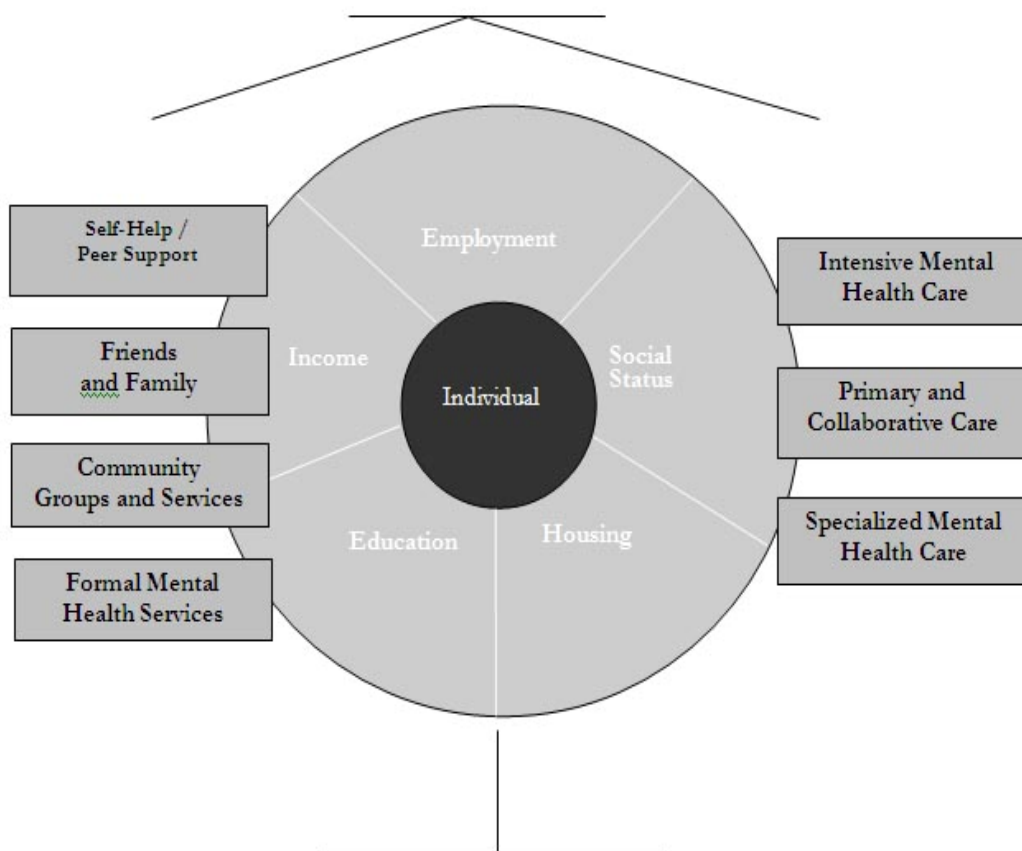
Tečka namísto údaje v tabulce vyjadřuje, že údaj není dostupný

Obrázek 5. – Model sociální podpory a determinantů duševního zdraví



Zdroj: Canadian Mental Health Association, 1993

Obrázek 6 - Typy duševního zdraví, péče a služeb v komplexu sociálních determinantů



Zdroj: New Brunswick Department of Health and Wellness, 2008

