

O B S A H

Editorial



K. TÓTH: **Medicínske právo a jeho budúcnosť**

Originálne práce



KLEMENT C., MIKAS J., TENCER A., NOVÁKOVÁ E.:
**Medzinárodné zdravotné predpisy, (IHR) a ich
implementácia v Slovenskej republike**



R. OCHABA: **Ekonomika kontroly tabaku**



M. KASTNEROVÁ: **Rodina a její vliv na prevalenci kuřáctví
a pití alkoholu u dětí**

Aktuality



L. HEGYI: **Rada vlády SR pre seniorov**

MEDICÍNSKE PRÁVO A JEHO BUDÚCNOSŤ

doc. JUDr. Karol Tóth, PhD, MPH, mimoriadny profesor

Počas poslednej dekády 20. storočia sme sa pokúsili utvoriť a osvetliť sústavu (rámec) „medicínskeho práva“. Od založenia Svetovej asociácie pre medicínske právo (World Association for Medical Law) uplynulo približne 35 rokov – obdobie, v ktorom si toto mladé odvetvie práva napriek meniacim sa podmienkam udržiavalo svoj charakter.

Roku 2006 sa na otváracom prejave 16. svetového kongresu medicínskeho práva Svetovej Asociácie medicínskeho práva prvýkrát použil termín „Bioprávo“ („biolaw“) v snahe vysvetliť a upozorniť na istý posun v chápaní súčasného medicínskeho práva, ktorý sa medzičasom už rozoznal a identifikoval.

Prinajmenšom tri ustálené slovné spojenia a významy predurčujú nový pojem, akým je bioprávo. Ide o foreznú medicínu, medicínske právo a zdravotnícke právo.

Predovšetkým „forezná medicína“ – produkt 19. storočia nebola súčasťou jurisdikcie. Forezná medicína vytvorila dôležitú medicínsku disciplínu, v rámci ktorej kvalifikovaní experti ponúkali odbornú asistenciu svojim kolegom z práva pri riešení medicínskych alebo vedeckých dilem, ako vyžadovalo trestné konanie.

V prvej polovici 20. storočia sa v právnickej literatúre začína objavovať nové slovné spojenie „medicínske právo“ („medical law“). Spočiatku sa primárne zaoberalo otázkami zneužitia úradnej moci a zanedbania lekárskej starostlivosti. Postupne sa jeho záber rozšíril. Dodatočné súvislosti, ako potrat, eutanázia, transplantácia orgánov, postupne prenikli do oblasti medicínskeho práva.

Prednedávnom začali medicínsko-právnickí odborníci používať termín „zdravotnícke právo“ („health law“) namiesto „medicínskeho práva“ („medical law“). Zdravotnícke právo sa dotýka širokej skupiny profesií, realizuje ho široká škála profesionálov a zasahuje za ustanovenú lekársku a ošetrovateľskú prax a komunity. Navyše sa akceptuje, že zdravotnícke právo by malo vziať pod svoje krídla a konanie nielen pacientov a ochorenia, ale aj zdravých ľudí a verejné zdravotníctvo.

Navrhovaný nový termín „bioprávo“ pravdepodobne môže nahradiť slovné spojenie a status „zdravotníckeho práva“ („health law“) na štvrtom stupni vyššie uvedeného rozvoja. Bioprávo sa zaoberá právnymi dôsledkami týkajúcimi sa zdravia a života ľudských bytostí, inštitúcií, vrátane práv, povinností a kompetencií.

Bioprávo, ako každá iná právna oblasť, je založené a čerpá zo svojich vlastných zdrojov. Jeho najskoršia vrstva spočívala na „zmluvnom“ (contract) a „trestnom“ (torts) práve, ktoré sa utvárali a rozvíjali prostredníctvom zvyku a obyčaje počas mnohých generácií. Na rozdiel od mnohých iných oblastí práva sa pevné normatívne pravidlá biopráva neutvárali širokou verejnosťou alebo ako odpoveď na potreby a požiadavky komunity.

Relatívne malá skupina vedcov pôsobila ako katalyzátor, ktorý donútil ľudskú spoločnosť vyrovnáť sa s produktmi vedeckého výskumu a formulovať normatívne odpovede prispôbené novému prostrediu.

- Prvá transplantácia srdca, ktorú vykonal Christian Barnard, donútila inštitúciu práva zaoberať sa konceptom mozgovej smrti.
- Rozvoj transplantácie obličiek viedol k diskusiám týkajúcim sa povolenia alebo zákazu obchodovania s ľudskými orgánmi.
- Narodenie Louise Brown (England, 1978) spustilo právne diskusie týkajúce sa oplodnenia in vitro a náhradného materstva.
- Medicínske „experimenty“, ktoré robili fašistickí lekári, viedli Svetovú asociáciu lekárov k formulovaniu Helsinskej deklarácie.
- Projekt ľudského genómu vyvolal otázku legálnosti odhalenia genetickej informácie zamestnávateľom alebo agentom poisťovne.

Kým v predchádzajúcich obdobiach boli pretrvávajúce normy iniciované a vytvárané spoločenskými pohybmi – ekonomickými záujmami, vplyvom náboženstva, kultúrnych faktorov alebo ideológie, koncept „bioprávo“ sa aktivizoval v odpovedi na dodatočné záujmy a rôzne druhy obmedzení. Porozumenie a prijatie tohto odlišenia je dôležité z niekoľkých dôvodov.

- Sociálnu odpoveď na vedecký objav nevyhnutne umelo vytvára človek. Sociálna odpoveď môže byť neúplná vďaka tomu, že je iniciovaná nie prirodzeným vnútorným, ale vonkajším faktorom.
- Vedecké objavy a technologické vynálezy pôsobia na spoločnosť neočakávaným a prekvapujúcim spôsobom. Môže k tomu dôjsť, pretože pochopiteľným želaním vedca je utajiť proces vedeckého objavu tak, aby ho neodcudzil, alebo nepoužil bez povolenia niekto iný. Každý vedecký objav vyžaduje náležitú normatívnu odpoveď. Prekvapujúci objav vyvoláva bezprostrednú reakciu, ktorá môže byť menej ohľaduplná a pozorná ako neskoršia dobre uvážená odpoveď, a tým spôsobuje dočasnú neprehľadnú situáciu.
- Témy vedeckého výskumu, ich výber, ako aj úroveň a orientácia ich skúmania sú determinované samotnými vedcami alebo ich inštitúciami. Vládne a verejné organizácie znášajú finančné bremeno väčšiny vedeckého výskumu, ale nepodieľajú sa na procese rozhodovania a kompetencií vo veci výberu a určovania hraníc, cieľov a problémov.

Uvedomenie si uvedených odlišností je dôležité, pretože záujmy, ktoré motivujú vedecký výskum, nie sú nevyhnutne identické so záujmami spoločnosti, hoci postupne výsledky vedeckého skúmania prinútiť spoločnosť prijať ich správanie sa s relevantnými dôsledkami.

Nová oblasť medicínskeho práva nevyhnutne prijíma rozmanité oblasti ľudského života. Spoločnosť čelí komplikovaným dilemám, na ktoré odpoveď sa nenachádza vo vede a medicíne. Do úvahy je potrebné vziať morálku a filozofiu, ako aj sociologické, psychologické a ďalšie vedecké pohľady. Kvalifikované osobnosti, ktoré očakávajú formovanie nových myšlienok alebo ich aplikáciu, by mali byť vzdelávané a pripravované

učiniť tak. V tom spočíva povinnosť predstaviteľov súčasného medicínskoprávneho sveta. Postaviť štruktúru a prijať postup práce, ktorý podie ku konštituovaniu medicínskeho práva zajtrajška – obdobia, ktoré by malo byť a bude celkom odlišné, nové a vzrušujúce.

Nie je možné v celom rozsahu vymedziť ciele, ktoré si vedec alebo jeho inštitúcia želajú definovať seba samým. Človek by nemal ignorovať možnosť, že vedec môže byť motivovaný ekonomickými, politickými, ideologickými alebo inými osobnými záujmami. Vedecká sloboda a akademická voľnosť sú pozitívne hodnoty ochrany a podporovania. Na druhej strane je ľudská spoločnosť povinná podniknúť ochranné opatrenia voči antisociálnym dopadom alebo neetickému použitiu „ovocia zo stromu vedeckého poznania“.

Dynamický rozvoj vedeckých aktivít vyžadujúci normatívnu reguláciu nevyhnutne vyvoláva legislatívnu odpoveď. Ľudská spoločnosť si nemôže dovoliť dlhodobé prerušenie pravidiel vo vzťahu k rozvoju určitých zvykov, ani tolerovať dlhoročné čakanie na vytvorenie premyslených súdnych riešení.

Právna legislatíva a regulatívy by mali poskytovať obyvateľom normatívny systém, ktorý im bude schopný umožniť prijať inovácie bez sprievodného rizika sociálnej poruchy, alebo chaosu. Moderné bioprávo bude charakterizovať jeho tendencia spoliehať sa na medzinárodné a národné legislatívne základy. Výhodou odpovede legislatívneho typu pramení z relatívne pohotového utvárania normatívneho nariadenia. Nevýhodou tejto možnosti spočíva v kumulácii rizika negatívnej politickej intervencie a v nedostatku technickej schopnosti vytvoriť plne vyčerpávajúce nariadenie. V súčasnosti nie sú právne orgány stále dostatočne pripravené a schopné realizovať a predložiť perfektný produkt. Nevyhnutnosť zdôhovej diskusie alebo tradičnej akademickej debaty sa bude odrážať v legislatíve a bude uberať z jej kvality a kvantity.

Bez ohľadu na korene biopráva žiaden zdroj normatívnej úpravy neustanovuje „biozákon“ („bio-lex“). Samotná právna norma neustanovuje biozákon. Dokonca ani série zákonov, súdnych rozhodnutí alebo akademických debát, článkov alebo kníh neustanovia bioprávo.

Objekt záujmu kvalitatívnych a kvantitatívnych ospravedlnení možno opísať z hľadiska prístupu „legislatívneho“ a „súdneho“ alebo z hľadiska „školského spôsobu myslenia“. Bioprávo ako oblasť vedy predstavuje odlišný príbeh. Vytvára systematickú poznatkovú bázu, ktorá zahŕňa vedecké princípy relevantnej oblasti práva. Bioprávo sa zaoberá vyčerpávajúcím sumarizovaním zdrojov, nazerajúc na ne ako na súčasť práva. Môže obsahovať rôzne trendy, tendencie alebo pohľady, ktoré môžu byť rovnaké, alebo si môžu navzájom protirečiť, všetky však zdieľajú rovnaké prvky štruktúry, vedeckého jazyka, rozvoja a systému.

Právna oblasť „biopráva“, podobne ako ďalšie vedné oblasti, potrebuje adekvátny čas pre svoje ustanovenie a aktiváciu. Storočie, ktoré uplynulo od vzniku „medicínskeho práva“ („medical law“) je relatívne krátke obdobie. Človek sa môže odvolávať na dejiny legislatívy, alebo súdnictva, alebo dokonca na dejiny konkrétnych podsekcí zdravotníckeho práva (health law). Stále je však priskoro hovoriť o dejinách biopráva.

MEDZINÁRODNÉ ZDRAVOTNÉ PREDPISY, (IHR) A ICH IMPLEMENTÁCIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Cyril Klement¹, Ján Mikas², Anton Tencer³, Elena Nováková⁴

¹ Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici,

² Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky,

³ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky,

⁴ Jesseniová lekárska fakulta v Martine,

Súhrn

Infekčné choroby sú stále vážnym bremenom pre národy celého sveta, či už v rozvojových alebo priemyselne rozvinutých krajinách. Prírodné sa vyskytujúce alebo zámerne použité agensy infekčných ochorení môžu spôsobovať choroby, postihnutia alebo smrť jednotlivcov alebo väčších skupín obyvateľstva a byť dôvodom likvidácie celých populácií, ekonomík a vlád. V značne prepletenej a doslova zjednotenej „globálnej dedine“ dneška sa problém jedného národa sa čoskoro môže stať problémom mnohých národov, pretože zemepisné a politické hranice poskytujú len slabú ochranu proti takýmto hrozbám. Legislatívnym rámcom, ktorý ukladá povinnosti vládam pri predchádzaní infekčných ochorení v jednotlivých členských štátoch Svetovej zdravotníckej organizácie sú Medzinárodné zdravotné predpisy (1)

Kľúčové slová: Medzinárodné zdravotné predpisy, legislatíva, National Focal Point.

Úvod

Cholera ako verejno-zdravotnícky problém 19. storočia a katalyzátor zintenzívnenia verejno-zdravotníckej diplomacie.

V roku 1817 sa zakrádala z Indie do Európy nová choroba. V roku 1832 zachvátila Londýn, kde zomrelo 7000 ľudí. Epidémia vymizla, aby sa vrátila späť cez Afganistan s novou silou v roku 1848 kedy opäť zomrelo približne 7000 ľudí. Po inkubačnej dobe, ktorá trvala jeden až šesť dní sa ochorenie začalo prejavovať slabosťou, potením, neskôr náhlym a úplným vyprázdnením čriev, ktoré mnohokrát zastihlo obeť priamo na ulici. Nasledovali záchvaty hnačky až dovedy pokiaľ z ľudí nevychádzala iba voda a kusy črevnej sliznice. Dehydratácia, zmeny acidobázickej rovnováhy v krvi a straty draslíka mali smrteľné následky. Hlavným príznakom tohto ochorenia je hnačka. Grécky sa nazýva kholera. Odtiaľ názov cholera.

Cholera postihla Veľkú Britániu ešte v rokoch 1853 a 1854. V roku 1854 v malej oblasti v Soho, (Londýn) zrazu ochorelo veľké množstvo ľudí, z ktorých 700 aj zomrelo. Na epidemiologické súvislosti vtedy upozornil lekár John Snow, jeden z prvých anesteziológov tej doby a identifikoval ako prameň infekcie miestnu studňu do ktorej sa dostávali splašky z ulice. V nemocniciach kde boli umiestňovaní pacienti s cholerou pôsobila aj Florence Nightingalová, jedna z prvých zdravotných sestier, ktorá sa zaslúžila o zavedenie ošetrovateľskej starostlivosti ranených počas Krymskej vojny.

Cholerové epidémie, ktoré postihli Európu v rokoch 1830-1847 boli katalyzátorom pre zintenzívnenie diplomacie v súvislosti s infekčnými chorobami a mnohostrannou spoluprácou na poli verejného zdravotníctva. To viedlo k zvolaniu prvej Medzinárodnej sanitárnej konferencii v Paríži v roku 1851.(2)

Svetová zdravotnícka organizácie a Medzinárodné zdravotné predpisy.

V roku 1948 bola založená Svetová zdravotnícka organizácia. Následne boli členskými prijaté v roku 1951 Medzinárodné sanitárne predpisy, ktoré boli v roku nahradené v roku 1969 Medzinárodnými zdravotnými predpismi. Tieto boli mierne novelizované v rokoch 1973 a 1981.

Medzinárodné zdravotné predpisy, (International Health Regulations- IHR), vytvárajú medzinárodne uznaný a na základe konsenzu prijatý zákonný rámec ako efektívny nástroj na zabránenie šírenia niektorých ochorení, ktoré boli revidované v roku 1969, následne potom v máji 2005, aby potom vstúpili do platnosti 15. júna 2007. Boli prijaté 55. Svetovým zdravotníckym zhromaždením za účasti a súhlasu 194 štátov svetového spoločenstva. (1)

Medzinárodné zdravotné predpisy boli väčšinou uplatňované v súvislosti s tromi infekčnými ochoreniami- cholerou, morom a žltou zimnicou. Je však potrebné si uvedomiť, že prenosné ochorenia šíriace sa v svetovom priestore zaznamenali od roku 1969 dynamické zmeny. My všetci, ktorí žijeme v globálnej „dedine“ sme zároveň aktívnymi účastníkmi takýchto zmien. Súčasne tu spolupôsobí rozmach svetového obchodu a cestovanie. Významným faktorom prenosu infekčných ochorení sa stávajú letecké linky. Zraniteľnosť globálneho zdravotníckeho systému v 21. storočí preukázal SARS. Toto určite nebola posledná skúška tohto druhu, ktorej bolo ľudstvo vystavené a môžu nasledovať ďalšie.

Výzvy vyplývajúce z aplikácie Medzinárodných zdravotných predpisov majú širší dopad. Ide hlavne o to, že Medzinárodné zdravotné predpisy možno uplatniť pri mnohých ochoreniach a to bez ohľadu na ich pôvod a zdroj, pričom najdôležitejšia je skutočnosť, že tieto ochorenia môžu významne ohroziť a poškodiť ľudí. Nezanedbateľným faktom je, že v uplynulých desaťročiach možno pozorovať oslabenie schopnosti niektorých členských štátov Svetovej zdravotníckej organizácie pri detekcii a odpovedi na epidémie.

Posledné vydanie Medzinárodných zdravotných predpisov, (2005) vytvára predpoklady pre zabránenie šírenia ochorení v medzinárodnom meradle ako aj ich neželanej interferencií v súvislosti s medzinárodným obchodom a cestovaním.

Prijatím Medzinárodných zdravotných predpisov svetové spoločenstvo odsúhlasilo, že bude napomáhať naplneniu týchto cieľov.

Napríklad aj v oblasti možného výskytu epidémie či pandémie chrípky poskytujú medzinárodné zdravotné predpisy zákonný rámec pre mobilizujúcu podporu poskytovanú vládami, medzinárodnými partnermi alebo donormi.

Svetová zdravotnícka organizácia v súvislosti s úspešnou a efektívnou národnou implementáciou Medzinárodných zdravotných predpisov sa zaviazala poskytovať členským štátom, pokiaľ to budú potrebovať, nevyhnutnú pomoc pri posilňovaní kapacít vo verejnom zdravotníctve a mobilizácií zdrojov tak, aby IHR boli úspešne vnútroštátne implementované.

Jedným zo základných a prvých povinností príslušného členského štátu pri ich implementácii je ustanoviť tzv.: „národný ústredný bod pre medzinárodné zdravotné predpisy“, (National Focal Point), ktoré úlohami sú:

- byť dostupný po celých 24 hodín denne, 7 dní do týždňa,
- komunikovať so Svetovou zdravotníckou organizáciou ohľadne :
 - konzultácií, verifikácií, notifikácií a hodnotenia udalostí dotýkajúcich sa verejného zdravia,
 - reakcií verejného zdravotníctva na tieto udalosti,
- zaistiť koordináciu dotknutých ministerstiev v danej krajine a
- zároveň oznamovať Svetovej zdravotníckej organizácii udalosti, ktoré môžu vytvoriť krízovú situáciu z pohľadu verejného zdravia a verejného zdravotníctva medzinárodného významu.

V rozhodovacom procese sa používa schéma, ktorá umožňuje zhodnotiť reálne riziko a oprávňuje členský štát pre notifikáciu predmetnej udalosti Svetovej zdravotníckej organizácii. Na tento účel boli pripravené **4 kritériá**:

- **Je udalosť natoľko závažná, že spôsobí dopad na verejné zdravie ?**
- **Je udalosť neobyčajná alebo neočakávaná ?**
- **Je tu významné riziko medzinárodného šírenia ?**
- **Je tu významné riziko obmedzenia medzinárodného cestovania alebo obchodu?**

V prípade, sa jedná o kladnú odpoveď na dve zo štyroch otázok účastnícky štát pristúpi k okamžitej notifikácií, (oznámeniu), udalosti.

Činnosť národného ústredného bodu v súvislosti s medzinárodnými zdravotníckymi predpismi je zabezpečovaná Úradom verejného zdravotníctva Slovenskej republiky.

Každá členská krajina Svetovej zdravotníckej organizácie si potrebuje zabezpečiť schopnosť vyčerpujúcim spôsobom odpovedať na prípadné požiadavky v súvislosti s verifikáciou informácií týkajúcich sa krízových situácií medzinárodného významu.

V súvislosti s implementáciou Medzinárodných zdravotných predpisov je potrebné, aby sa začal okamžitý proces hodnotenia možností existujúceho systému verejného zdravotníctva za účelom zlepšovania schopností detekcie, hlásenia, hodnotenia a reakcie na verejno-zdravotnícke riziká a krízové situácie medzinárodného významu a aby aspoň v základnej miere naplnili požiadavky vyplývajúce z požiadaviek v nich obsiahnutých.

Niektoré krajiny, (Slovenská republika medzi ne patrí), majú pripravené národné plány pre prípad pandémie chrípky. Tento plán, (3), spĺňa požiadavky Medzinárodných zdravotných predpisov.

Národná implementácia odráža napĺňanie politických záväzkov. V prípade Medzinárodných zdravotných predpisov je tento záväzok splnený zasadnutím vlády Slovenskej republiky zo dňa 9.1.2008 kedy vláda Slovenskej republiky na svojom zasadnutí prerokovala a schválila Plán opatrení Slovenskej republiky v prípade vzniku udalostí, podliehajúcich Medzinárodným zdravotným predpisom (2005) schváleným Svetovou zdravotníckou organizáciou. Vzhľadom na akútnosť a celosvetovú aktuálnosť tohto problému, zvyšujúcu sa hrozbu zavlečenia nebezpečného prenosného ochorenia na územie Slovenskej republiky a tým vzniku možnosti vážneho ohrozenia zdravia obyvateľstva, na povinnosť zabezpečiť realizáciu úloh a opatrení vyplývajúcich pre Slovenskú republiku z Medzinárodných zdravotných predpisov možno vnímať Plán opatrení Slovenskej republiky ako reakciu štátu na vznik udalostí, ktoré podliehajú Medzinárodným zdravotným predpisom. (4). V nadväznosti na Medzinárodné zdravotné predpisy uložila vláda vykonať opatrenia na úpravu príslušnej legislatívy a opatrenia na zabezpečenie potrebných podmienok na bezpečné konanie osôb a organizácií pri zabráňovaní šíreniu nebezpečných prenosných chorôb.

Svetová zdravotnícka organizácia má aj naďalej v súvislosti s Medzinárodnými zdravotnými predpismi úlohy a záväzky, ktorými sú okrem koordinácie činnosti „National Focal Point“ aj:

- koordinácia systému globálnej surveillancie a zhodnotenia významných verejno-zdravotníckych rizík spolu so systematickým šírením verejno-zdravotníckych informácií smerom k členským štátom,
- podpora členských štátov pri hodnotení ich existujúcej národnej organizácií systému verejného zdravotníctva ako aj zdrojov na budovanie a posilňovanie ich ústredných kapacít pre surveillancie a reakciu,
- posúdenie či jednotlivé udalosti nevytvárajú krízu verejného zdravotníctva s medzinárodnými dôsledkami využívajúc poradenstvo medzinárodných expertov,
- rozvoj a doporučenie opatrení pre využitie a potreby príslušnými členskými štátmi počas prípadnej krízovej situácií verejného zdravia s medzinárodným dosahom v spolupráci a po konzultácií medzinárodnými expertmi,
- poskytovanie technickej výpomoci členským štátom pri prípadnej reakcií na krízu verejného zdravia s medzinárodnými dôsledkami,

- monitorovanie a hodnotenie národnej implementácie Medzinárodných zdravotných predpisov 2005, (IHR 2005) .

Natíska sa otázka prečo boli Medzinárodné zdravotné predpisy z roku 1969 novelizované?

K ich revidovaniu viedlo predovšetkým zistenie že riziko ohrozenia, ktoré spôsobujú pôvodné tri ochorenia, (mor, cholera žltá zimnica), už v súčasnej dobe nie je tak akútne a v skutočnosti ochorení, ktoré vytvárajú zdravotnícke ohrozenia obyvateľstva v jednotlivých štátoch je omnoho viac. Z logistického hľadiska bola so strany Svetovej zdravotníckej organizácie pociťovaná aj strata formálneho, medzinárodne koordinovaného mechanizmu, ktorého obsahom je dohľad nad šírením ochorení ktoré majú medzinárodný dopad. Možno s uspokojením konštatovať, že Slovenská republika plní všetky medzinárodné záväzky vyplývajúce pre ňu z medzinárodných dohovorov a zmlúv ako aj zo záväzkov, ktoré vyplývajú z členstva v medzinárodných organizáciách Svetovú zdravotnícku organizáciu nevynímajúc.

Svetová zdravotnícka organizácia permanentne vytvára pre členské štáty podmienky, aby v dostatočnom rozsahu oboznamovali odbornú verejnosť s implementáciou svojich podstatných dokumentov, medzi ktoré Medzinárodné zdravotné predpisy patria.

V roku 2008 sa začal v spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou riešiť dvojročný projekt „Odporúčania pre ďalšie posilňovanie národného systému surveillance a laboratórnych kapacít pre prenosné ochorenia“, ktorý priamo nadväzuje na problematiku Medzinárodných zdravotných predpisov.(5)

Záver

Slovenská republika v súvislosti so svojimi medzinárodnými záväzkami aktívne pristupuje k národnej implementácii Medzinárodných zdravotných predpisov, (IHR 2005).

Literatúra:

1. Medzinárodné zdravotné predpisy, (2005), www.health.gov.sk
2. Duinová, N., Sutcliffová, J.: História medicíny, 255 s., Vydavateľstvo Slovart, Bratislava, 1997
3. Národný plán pre prípad pandémie chrípky, www.health.gov.sk
4. Plán opatrení Slovenskej republiky ako reakciu štátu na vznik udalostí, ktoré podliehajú Medzinárodným zdravotným predpisom, www.gouvernement.sk
5. Dvojročná dohoda o spolupráci (BCA) medzi Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a Regionálnym úradom Svetovej zdravotníckej organizácie pre Európu na roky 2008 – 2009, www.health.gov.sk

Adresa autora:

doc. MUDr. Cyril Klement PhD.
Regionálny úrad verejného zdravotníctva
Banská Bystrica

Ekonomické dopady užívania tabaku a alkoholu

Ochaba Róbert.

Slovenská zdravotnícka univerzita

Súhrn

Príspevok analyzuje verejné výdavky na opatrenia v oblasti kontroly tabaku a alkoholu vychádzajúc z dostupných údajov. Príspevok identifikuje sociálne a ekonomické straty v dôsledku užívania tabaku a alkoholu. Porovnáva údaje za výdavky v oblasti protidrogovej politiky s výdavkami na kontrolu tabaku a alkoholu s cieľom stanovenia optimálneho pomeru vo verejných výdavkoch na opatrenia v oblasti znižovania epidémie fajčenia a užívania alkoholu verzus ostatných nelegálnych drog.

Kľúčové slová: kontrola tabaku – kontrola alkoholu – verejné výdavky

V súvislosti s realizáciou národných programov a projektov vznikajú otázky, ktoré sa týkajú financovania. Jedným z pilierov Národného programu podpory zdravia, Národného akčného plánu pre problémy s alkoholom a napokon aj Národného programu kontroly tabaku je oblasť financovania. Závery hodnotiacich správ z realizácie programov opakovane konštatujú, že je vyčlenených málo finančných prostriedkov na plnenie úloh v oblasti podpory a ochrany verejného zdravia. Táto súvislosť sa priamo dotýka aj financovania národných programov a ostatných aktivít v kontrole tabaku a alkoholu.

V súvislosti s **verejnými výdavkami** na aktivity v oblasti kontroly tabaku a alkoholu existujú nejednoznačné údaje. Na druhej strane existujú viaceré štúdie, ktoré poukazujú na súvislosť medzi užívaním tabaku či alkoholu a vynaloženými finančnými prostriedkami na liečbu chorôb spôsobených užívaním týchto dvoch najčastejších návykových látok na Slovensku a v Európe.

V tejto súvislosti sa verejné výdavky sústreďujú na krytie:

- sociálnych a zdravotných dopadov pri ktorých štát musí znášať náklady na liečbu chronických ochorení a terminálne chorých osôb a náklady na sociálne zabezpečenie detí, ktorým predčasne zomrú rodičia v dôsledku užívania tabaku a alkoholu,
- strát v súvislosti s dovozom cigariet a alkoholu v krajinách, kde sa nepestuje tabak a existujú rozsiahle obmedzenia pre domácu výrobu,
- strát obrábateľnej pôdy v dôsledku pestovania tabaku, ktorá by mohla byť požitá na pestovanie plodín,
- Strát zamestnávateľov v súvislosti s častejšími absenciami fajčiarov a užívateľov alkoholu,
- Zvýšených nákladov pri likvidácii požiarov v spojitosti s neopatrným zaobchádzaním s cigaretou a pod vplyvom alkoholu.

V súvislosti s verejnými výdavkami na drogovú problematiku sa vynaložilo na Slovensku v roku 2006 až 794 miliónov Sk. Z tejto kapitoly najviac peňazí sa použilo na represívne opatrenia a liečbu drogových závislostí, kam patrí aj liečba alkoholovej závislosti. Pomer výdavkov vynaložených na znižovanie ponuky (represia) a znižovania dopytu (prevencia, liečba, vzdelávanie) je približne v pomere 70:30 (Výročná správa o stave drogovej problematiky, 2007).

Pre porovnanie dáta získané rovnakou metodikou z roku 2004 prezrádzajú, že sa oproti roku 2004 zvýšili verejné výdavky štátu na oblasť kontroly nelegálnych drog o viac ako 200 miliónov Sk. V roku 2004 predstavovali verejné výdavky štátu sumu viac 565 miliónov Sk /14,5 mil. EUR/, čo tvorí 0,04225 z hrubej miery domáceho produktu. Pre porovnanie v Českej republike boli výdavky štátu 11 miliónov EUR /pozn. kurz 1 EURO=37 Sk/ a v Poľsku 51

miliónov EUR (Stav drogovej závislosti v Európe, 2006).

Verejné výdavky na kontrolu tabaku a straty v dôsledku jeho užívania

V súvislosti s odlišnou metodikou zberu dát, ktoré súvisia s fajčením sa však vo viacerých štúdiách používajú rovnaké ukazovatele akými sú: prevádzkové náklady nemocníc na liečbu ochorení v dôsledku fajčenia a straty na nevytvorenom spoločenskom produkte (prestoje, počet dní práceneschopnosti, invalidita).

V súčasnosti existujú dve metódy na stanovenie priamych a nepriamych nákladov fajčenia v Európe. Prvá metóda je založená na poznatku, že existujú dve hlavné kategórie chorôb, ktoré sú spôsobené do veľkej miery fajčením. Sú to ochorenia dýchacích ciest a srdcovo-cievne choroby. Európska respirologická spoločnosť odhadla, že ročné náklady na liečbu ochorení dýchacích ciest vrátane rakoviny pľúc predstavovali pre celú Európu v roku 2000 približne 102 miliónov EUR. Približne 74 miliónov EUR bolo vynaložených v 15 krajinách EÚ na liečbu srdcovo-cievnych chorôb. Približne 106 miliónov EUR ročne predstavujú nepriame náklady, ktoré sa týkajú straty hrubého domáceho produktu v dôsledku predčasného úmrtia a vzniku choroby. Nepriame náklady súvisiace so stratou v dôsledku fajčenia predstavujú 2/3 zo všetkých nákladov, ktoré sa týkajú najmä liečby. Straty v dôsledku fajčenia na hrubom domácom produkte v roku 2002 predstavovali v Maďarsku približne 4 % (Tobacco or Health in the EU, 2004).

Druhá metóda výpočtu nákladov je založená na porovnaní nákladov na liečbu základných ochorení v dôsledku fajčenia v jednom štáte. Príkladom je Nemecko z roku 1996, kde pre výpočet boli zahrnuté priame a nepriame náklady vo výške 16,56 milióna EUR. Do nákladov boli započítané priame i nepriame náklady na ochorenia ako chronická obštrukčná choroba pľúc, rakovina pľúc, mozgová príhoda, rakovina ústnej dutiny a hrtana a infarkt myokardu. Na základe porovnaní sa zistilo, že priame a nepriame náklady súvisiace s fajčením boli rovnomerne rozdelené na polovicu.

Straty na hrubom domácom produkte sú však citeľnejšie u krajín s nižšie rozvinutou ekonomikou na rozdiel od krajín s vysoko rozvinutou ekonomikou.

Straty na hrubom domácom produkte sa v Nemecku pohybovali na úrovni 1,2 % zatiaľ čo v Maďarsku boli straty na úrovni 4 %. Obdobné závery sa dajú analogicky použiť aj pre hrubý odhad strát na domácom produkte na Slovensku a v bývalých socialistických krajinách.

Posledná štúdia z Českej republiky z roku 2003 konštatuje, že straty súvisiace s fajčením vysoko prekračujú príjmy, ktoré štát získava z predaja tabakových výrobkov. Na jednej strane príjmy z predaja tabaku, cla, dani zo zisku tabakových firiem a ušetrené starobné dôchodky v dôsledku predčasného úmrtia fajčiarov boli 49 miliárd českých korún. Na druhej strane priame a nepriame náklady v dôsledku poskytovania zdravotnej starostlivosti, nemocenských, invalidných a vdoveckých dávok predstavovali čiastku približne 63,8 miliárd českých korún. Rozdiel predstavuje sumu 14 miliárd českých korún. Česká ekonomika prichádza kvôli fajčeniu ročne o takmer 64 miliárd českých korún (Habrová, 2007). Celkové celonárodné náklady na nemocničnú liečbu v dôsledku fajčenia v roku 2002 predstavovali v Čechách odhadom 6,14 miliardy českých korún (Sovínová, 2007).

Zatiaľ poslednú ekonomickú štúdiu o dôsledkoch fajčenia na Slovensku prezentovala Kozíková, 1996. Očakávaný počet stratených rokov ekonomicky aktívneho života v dôsledku fajčenia v roku 1990 predstavoval 24 520 rokov. Z pohľadu pohlavia na Slovensku v tomto období zomrelo odhadom 9 070 mužov a 1 200 žien starších ako 35 rokov. Počet obetí chorôb zapríčinených fajčením bolo vydelených počtom úmrtí, čo v roku 1990 predstavovalo v roku mieru 20%. Výdavky na zdravotníctvo v súvislosti s liečbou chorôb v dôsledku fajčenia predstavovali takmer 16 miliárd československých korún. Pričom 20 % z tejto sumy bolo 3 200 miliardy Kčs. Celkové priame a nepriame náklady v súvislosti s fajčením v roku 1990 predstavovali sumu 32,6 miliardy Kčs.

Pričom zisky štátu zo spotrebnej dane z tabaku, cla a stratených rokov života fajčiarov predstavovali sumu odhadom 7 miliárd Kčs.

Verejné výdavky na kontrolu alkoholu a straty v dôsledku jeho užívania

V rámci krajín EÚ náklady spojené s užívaním alkoholických nápojov predstavujú 125 miliárd EUR za rok 2003, pričom to predstavuje stratu na hrubom domácom produkte 1,3 %. V súvislosti s poklesom verejných ale aj súkromných výdavkov v dôsledku alkoholu sa uvádzajú tieto indikátory (An ax Ante assessment of the economics impacts of EU alcohol policies, 2006):

- Zdravotná starostlivosť poskytnutá v dôsledku vzniku závislosti alebo poškodenia organizmu je jedným z kľúčových faktorov, ktorý obmedzuje verejné výdavky;
- Odchod do predčasného dôchodku a s tým súvisiace náklady v rámci sociálneho systému znamenajú problém. Trend je v znižovaní chorobnosti a predčasnej úmrtnosti práve prevenciou alkoholizmu;
- Zločinnosť a jej nárast je sprevádzaný nárastom užívania alkoholu. Znižovaním kriminality sa priamo znižujú náklady súvisiace s ochranou verejného poriadku a zdravia občanov;
- Pitie za volantom a jeho redukciami dosiahneme nižšie ekonomické náklady v súvislosti so zabezpečením záchranej služby, zdravotnej starostlivosti a prípadnej sociálnej pomoci zo strany štátu v dôsledku nehodovosti a úrazov.

Štúdie do roku 1995 vo viacerých ohľadoch brali do úvahy pre výpočet strát na ekonomike zdravotníctva konzumáciu alkoholu. Medzi priame náklady sa zaradili tie, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti a sociálnej starostlivosti. Naopak, medzi nepriame náklady sa počítali: strata produktivity v dôsledku predčasného úmrtia, práceneschopnosti, odňatia slobody a hodnota strateného života. Medzi ďalšie kritériá k vypočítaniu odhadovaných dopadov na ekonomiku zdravotníctva patrili tiež náklady na súdne procesy a priestupky, sociálny systém a náklady súvisiace s odstraňovaním nehôd a alkoholovej kriminality (Lehto, 1995). Napríklad v roku 1995 predstavovali náklady v USA 5,8 miliarda amerických dolárov.

Podľa analýz SZO alkohol zodpovedá celosvetovo za približne 5% úmrtí a vyše 9 % z celkovej miery chorobnosti. V euroregióne tvoria úmrtia následkom konzumácie alkoholu jednu štvrtinu úmrtí u mužov vo veku 15 až 29 rokov. Vo východnej Európe je to až jedna tretina úmrtí. V roku 1999 na následky konzumácie alkoholu zomrelo v euroregióne 55 tisíc mladých ľudí. Bremeno zo škôd následkom konzumácie alkoholu predstavuje v členských krajinách SZO od 2 do 5% ich HDP.

Posledné údaje z roku 2003 ukázali, že celkové hmotné náklady spôsobené alkoholom pre EÚ boli odhadom okolo 125 miliárd EUR, čo predstavuje ekvivalent 1,3 % HDP. Navyše nehmotné náklady pozostávajúce zo spoločenských a zdravotných škôd predstavovali sumu 270 miliárd EUR (Nociar, 2006). Suma zo spotrebných daní z alkoholu v EÚ krajinách v roku predstavovala iba 25 miliárd EUR, čo je neporovnateľne menej ako sú verejné výdavky na zdravotníctvo, sociálne služby a riešenie problémov s kriminalitou.

I keď spotreba alkoholu na Slovensku v 90. rokoch poklesla o približne 2 litre na obyvateľa (v prepočte na 100% lieh) a pohybuje sa dnes na úrovni okolo 8 litrov, je dodnes taká vysoká, ako bola pred koncom 70. a začiatkom 80. rokov. Z hľadiska rozloženia populácie z pohľadu pitia alkoholu máme odhadom 5% dospelých, ktorí sú abstinenti. 60% obyvateľstva predstavujú konzumenti, 30% sú osoby, ktoré pijú hazardne až problémovo a zvyšných 5% je už závislých od alkoholu.

Pri 230 pracovných dňoch za rok sa v roku 1994 stratila práca 12.405 pracovníkov, ktorí boli práceneschopní

z dôvodov súvisiacich s nadmerným pitím a alkoholizmom. Vzhľadom na vytvorený hrubý domáci produkt (HDP) v roku 1994, ako aj vzhľadom na počet pracovníkov, pripadla na jedného hodnota 262.870 Sk. Pri celoročnej absencii 12.405 pracovníkov bola strata na nevytvorení HDP celkovo 3.261 mil. Sk. V prípade trvalej invalidity a následkom vysokej nezamestnanosti u tejto vrstvy obyvateľstva, by strata na HDP za 22.880 invalidov v roku 1994 predstavovala 6.015 mil. Sk. Pri predčasnom úmrtí (t. j. v produktívnom veku do 55 rokov u žien, do 60 rokov u mužov), nastáva strata na nevytvorených hodnotách za všetky ostávajúce roky ekonomicky aktívneho života.

Ďalšie ekonomické straty predstavovali :

- a) Zvýšené náklady v zdravotníckej a sociálnej sfére;
- b) Strata z neuplatneného vzdelania, vrátane straty kvalifikácie;
- c) Straty spoločnosti na všeobecnej kriminalite.

Podľa uvedenej analýzy oddelenia socioekonomických analýz zrušeného Národného centra podpory zdravia, sa dali v roku 1994 celkové výdavky a straty spôsobené spoločnosti alkoholom odhadnúť na 16,6 miliardy Sk. Každý zamestnaný občan v uvedenom roku prispel zo svojich daní sumou zhruba 3.300 Sk (čo sa vtedy pohybovalo medzi jednou až dvoma tretinami priemerného mesačného platu) na zaplatenie následkov zdraviu škodlivého, hazardného, alebo nadmerného pitia, alebo alkoholizmu.

Čiastku, ktorá predstavuje 16,6 miliardy Sk, by bolo treba porovnať s odvodmi daní z pridanej hodnoty, spotrebnej dane a ziskov z predaja alkoholu, hoci také porovnanie je podľa niektorých odborníkov neetické. V roku 2007 na Slovensku bolo v rámci spotrebných daní za lieh, pivo a víno získaných do štátneho rozpočtu približne 8,2 miliardy Sk.

Literatúra:

1. An ax Ante Assessment of the Economics Impacts of EU Alcohol Policies. Brusel: DG SANCO, 2006, 101 p.
2. **HABROVÁ, D., HRUBÁ, D.:** Ekonomika kuřáctví v České republice. Hygiena, 52, 2007, 4, 110-114.
3. **KOZÍKOVÁ, E.:** Ekonomické dôsledky fajčenia na Slovensku. In: Zborník príspevkov z XXII. vedeckej konferencie I. Stodolu. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1996, 96-98 s.
4. **LEHTO, J.:** The Economics of Alcohol Policy. Copenhagen: WHO, 1995. 53 p. ISBN 92-89013-257-7.
5. **NOCIAR, A.:** Výber zo Správy pre Európsku komisiu: Alkohol v Európe. Alkoholizmus a drogové závislosti, 41, 2006, 1, 29-38 s.
6. **SOVINOVÁ, H., CSĚMY, L., PROCHÁZKA, B., KOTTNAUEROVÁ, S.:** Podíl kuřáctví na hospitalizacích v ČR v roce 2002 a odhad nákladu nemocničního léčení. Hygiena, 52, 2007, 2, 36-42.
7. Stav drogovej problematiky v Európe. Brusel: Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2006, 96 s. ISBN 92-9168-261-6.
8. Tobacco or Health in the European Union – Past, present and future. Brusel: European Communities, 2004, 290 p. ISBN 92-894-8219-2.
9. Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku v roku 2006. Bratislava: Národné monitorovacie centrum pre drogy, 2007, 125 s. ISBN 978-80-88707-97-4.

Adresa autora:

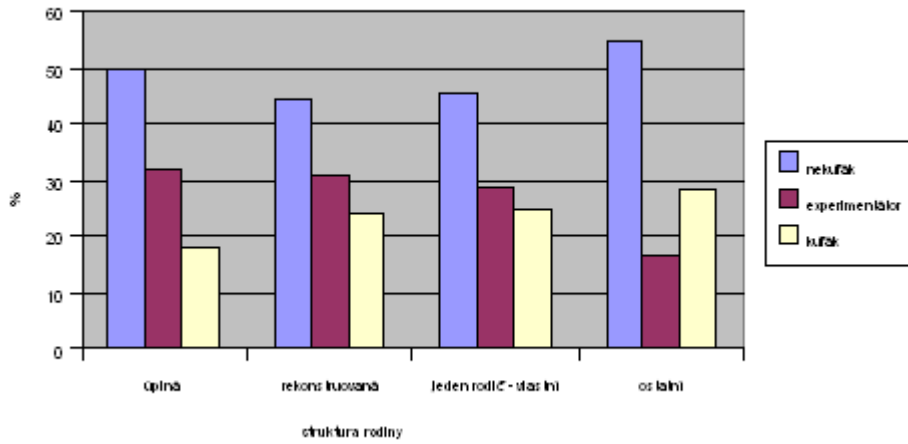
PhDr. Róbert Ochaba, PhD., MPH

Katedra behaviorálnej medicíny

Fakulta verejného zdravotníctva

Slovenská zdravotnícka univerzita

Kouření za život podle struktury rodiny



í,
 1 Budějovicích,
 . Vladimír Vurm, CSc.

olika cílech světového i národního
 se děti a dospívající mládež staly
 odnutí ve prospěch svého zdraví.

Rodina je jedním z nejdůležitějších

faktorů vnějšího prostředí ovlivňujících rizikové chování dětí a je významným ochranným faktorem v prevenci sociálně patologických jevů. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak kouření a pití alkoholu souvisí s rodinným prostředím u dětí na základních školách Jihočeského kraje. Základní soubor tvoří žáci základních škol Jihočeského kraje 4. – 9. tříd ve věkové kategorii 10 – 16 let. V rámci rodinného prostředí byl sledován vztah k rodičům a struktura rodiny. Výzkum prokázal souvislost mezi rodinným prostředím a kouřením a pitím alkoholu u dětí.

Klíčová slova

kouření, alkohol, děti, rodina

Úvod

Jedním z hlavních úkolů, který je v různých podobách zdůrazňován v několika cílech světového i národního programu Zdraví 21, je vytvářet podmínky, které přispějí k tomu, aby se děti a dospívající mládež staly způsobilější ke zdravému životu a získaly schopnost dělat zdravější rozhodnutí ve prospěch svého zdraví. Významnou roli při vytváření podmínek pro zdravý vývoj dítěte hraje rodina, ale nezanedbatelný význam má škola a chování skupin vrstevníků. Rodina je jedním z nejdůležitějších faktorů vnějšího prostředí ovlivňujících rizikové chování dětí a je významným ochranným faktorem v prevenci sociálně patologických jevů (Csémy a kol., 2005).

Rodina a její vliv na děti

Rodiče dělají to nejlepší, co umí, aby ze svých dětí vychovali zdravé a odpovědné dospělé. Přesto občas dělají chyby. Někdy dokonce velké chyby. Všichni víme, že kouřit a pít alkohol během těhotenství není dobré. Ale nad to není dobré kouřit a pít alkohol ani ve chvíli, kdy jsme se stali rodiči. Rodiče se snaží svým dětem zajistit dobré a zdravé jídlo, bezpečný domov, čistý oděv. Děti ale mimo to potřebují každý den – alespoň na chvíli – i plnou pozornost svých rodičů. Novorozenci potřebují, aby na ně rodiče mluvili. Když pohybují ústy a do široka otevírají oči, dávají tím rodičům najevo, že chtějí, aby na jejich dětskou řeč někdo reagoval. Batolata potřebují jednotné a stálé vedení. Potřebují vědět, že to, co rodiče říkají, také tak myslí. Předškolní děti si potřebují s rodiči hrát a ptát se jich. Chtějí s rodiči mluvit. Školáci se potřebují učit o tom, co je správné, z chyb. Učí se tím, že s rodiči hovoří a dívají se, co dělají. Dospívající potřebují stálou a jasnou podporu – ať už mají úspěch, nebo selhali. Děti se naučí více z toho, co rodiče dělají, než z toho, co říkají, a proto by rodiče měli s kouřením a alkoholem zacházet tak, jak si přejí, aby zacházely jejich děti (Nešpor, Csémy, 2002). Ke kouření a k alkoholu by měli přistupovat jako k návykové látce, která má svá nemalá rizika, zvláště v přítomnosti dětí (Kalina a kol., 2003). Při rodinných oslavách by neměli dětem nalévat do skleniček alkohol. Měli by se nebát se svými dětmi o kouření a alkoholu hovořit, děti často ví víc, než si myslíme. Rodiče by se měli snažit o to, aby dítě mělo dobře vyplněný volný čas. Pokud rodiče kouří, pijí, nebo pokud berou drogy, může se velmi snadno stát, že si prostě nevšimnou, co jejich dítě potřebuje. Pod vlivem alkoholu a drog uvažují rodiče jinak než obvykle. Někdy zapomínají. Nejsou pro své děti „emocionálně dostupní“. Emocionální dostupnost je stav, kdy věnujeme svou plnou pozornost druhému člověku; přerušíme svou stávající činnost a jsme k dispozici druhému; když děti mluví, posloucháme; odpovídáme dětem s láskou a zájmem; vnímáme pocity dětí a odpovídáme na ně; doopravdy se o děti zajímáme. Prostřednictvím našich reakcí druhý člověk pozná, zda jsme fyzicky, duševně, emocionálně dostupní. Jsme-li svým dětem emocionálně dostupní, prospívají. Děti s takovými rodiči rostou a dospívají ve zdravé a fungující lodi. Rodiče, kteří pijí nebo berou drogy, emocionálně dostupní být nemohou (Černý, 2005).

Rodina má pro vývoj dítěte, formování jeho somatického, psychického i sociálního zdraví rozhodující význam. Rodina není uzavřená, statická jednotka, ale dynamický systém, který je ovlivňován jak sociálním, kulturním a historickým vývojem společnosti, tak životními podmínkami, ve kterých se nachází (Matoušek, Kroftová, 1998).

Řada autorů upozorňuje na fakt, že v průběhu 20. století se významně mění struktura rodiny, ubývá tradičních rodinných vazeb a přibývá dětí v péči volně žijících dvojic nebo pouze jednoho dospělého (Koukolík, Drtinová, 1996). Výsledky těchto sociálních změn mění vztahy mezi dětmi a dospělými a přinášejí nová rizika negativního ovlivňování zdravého vývoje dětí a mládeže. Jisté problémy s komunikací souvisí s vývojovými změnami v dospívání. Celková nejistota, emoční nevyrovnanost v období puberty často přispívají k vytvoření překážek v jednání s dospělými osobami (Vágnerová, 1997).

Metoda a cíl výzkumu

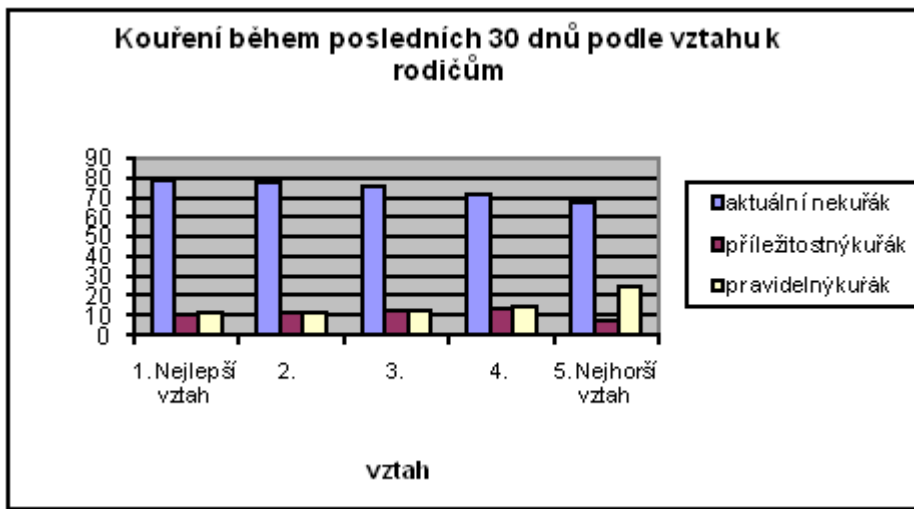
Cílem výzkumu bylo zjistit, jak kouření a pití alkoholu souvisí s rodinným prostředím u dětí na základních školách Jihočeského kraje. Základní soubor tvoří žáci základních škol Jihočeského kraje 4. – 9. tříd ve věkové kategorii 10 – 16 let. Zpracováno bylo 2650 dotazníků, které reprezentují výpovědi 7,2 % populační skupiny deseti- až šestnáctiletých základních škol Jihočeského kraje. Ve vzorku jsou zhruba paritně zastoupeny dívky (50,3 %) a chlapci (49,7 %). Z hlediska věkového složení bylo v základním souboru zastoupeno 9,4 % (249) desetiletých dětí, 14,9 % (394) jedenáctiletých dětí, 15,9 % (422) dvanáctiletých, 17,1 % (455) třináctiletých, 16,7 % (443) čtrnáctiletých, 18,0 % (478) patnáctiletých a 7,9 % (209) šestnáctiletých dětí. Pro primární sběr dat byla použita metoda dotazování, technika ve třídě vyplňovaného a sbíraného dotazníku. Celkem bylo rozdáno 3000 dotazníků, nazpět se vrátilo 2764 dotazníků. Návratnost tedy činila 92,1 %. Při zpracování výsledků bylo nutné 114 dotazníků vyřadit, protože nebyly úplně vyplněny. Do výzkumu tedy bylo zahrnuto celkem vyplněných 2650 dotazníků. Získaná data byla statisticky zpracována pomocí programu SPSS. Data byla vyhodnocena pomocí χ^2 testu. V rámci rodinného prostředí byl sledován vztah k rodičům a struktura rodiny.

Výsledky

Tab. 1: Kouření za život podle vztahu k rodičům

| | | nekuřák | experimen- tátor | kuřák | statistická významnost (χ^2) |
|--|---------------|---------|---------------------|-------|---|
| 1. nejlepší vztah – k oběma rodičům velmi dobrý | abs. čísla | 711 | 453 | 258 | p < 0,018 |
| | % | 50 | 31,9 | 18,1 | |
| k jednomu rodiči velmi dobrý, k druhému dobrý | abs. čísla | 264 | 165 | 135 | |
| | % | 46,8 | 29,3 | 23,9 | |
| k oběma rodičům dobrý, nebo k jednomu velmi dobrý a k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 215 | 125 | 85 | |
| | % | 50,6 | 29,4 | 20 | |
| k jednomu rodiči dobrý, k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 59 | 57 | 33 | |
| | % | 39,6 | 38,3 | 22,1 | |
| 5 - nejhorší vztah – k oběma ne moc dobrý nebo velmi špatný, k jednomu ne moc dobrý a k druhému velmi špatný | abs. čísla | 38 | 20 | 23 | |
| | % | 46,9 | 24,7 | 28,4 | |

Graf 1



Tab. 2: Kouření během posledních 30 dnů podle vztahu k rodičům

| | | aktuální nekuřák | příležitostný kuřák | pravidelný kuřák | statistická významnost (χ^2) |
|--|------------|------------------|---------------------|------------------|-------------------------------------|
| 1. nejlepší vztah – k oběma rodičům velmi dobrý | abs. čísla | 1122 | 143 | 157 | p < 0,018 |
| | % | 78,9 | 10,1 | 11 | |
| k jednomu rodiči velmi dobrý, k druhému dobrý | abs. čísla | 437 | 64 | 63 | |
| | % | 77,5 | 11,3 | 11,2 | |
| k oběma rodičům dobrý, nebo k jednomu velmi dobrý a k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 323 | 50 | 52 | |
| | % | 76 | 11,8 | 12,2 | |
| k jednomu rodiči dobrý, k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 107 | 20 | 22 | |
| | % | 71,8 | 13,4 | 14,8 | |
| 5 nejhorší vztah – k oběma rodičům ne moc dobrý nebo velmi špatný nebo k jednomu ne moc dobrý a k druhému velmi špatný | abs. čísla | 55 | 6 | 20 | |
| | % | 67,9 | 7,4 | 24,7 | |

Tab. 3: Vztah k rodičům a pití alkoholu za život

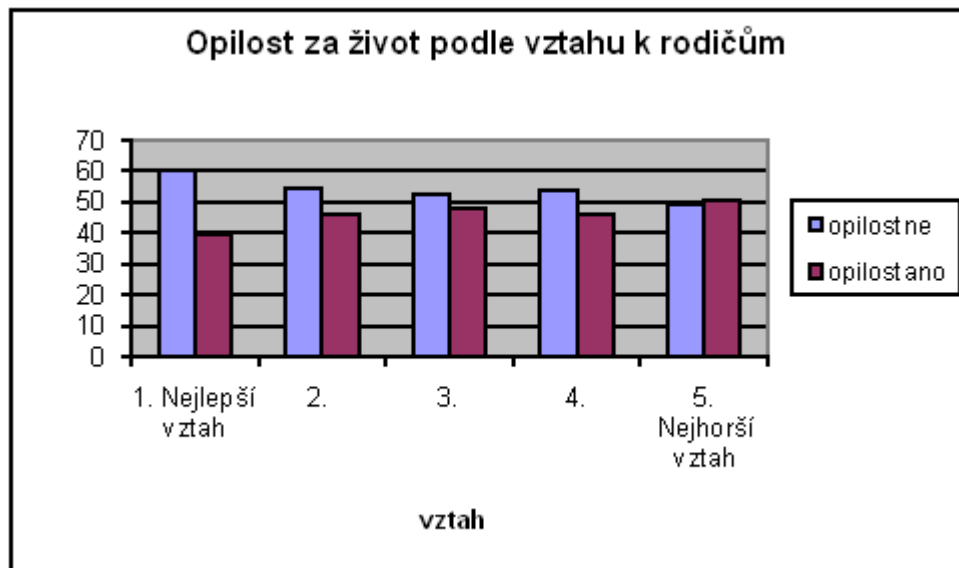
| | | abstinent | konzument | statistická významnost (χ^2) |
|---|------------|-----------|-----------|-------------------------------------|
| 1. nejlepší vztah – velmi dobrý | abs. čísla | 254 | 1168 | p < 0,013 |
| | % | 17,9 | 82,1 | |
| k jednomu rodiči velmi dobrý, k druhému dobrý | abs. čísla | 75 | 489 | |
| | % | 13,3 | 86,7 | |
| k oběma dobrý, k jednomu velmi dobrý a k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 56 | 369 | |
| | % | 13,2 | 86,8 | |
| k jednomu rodiči dobrý, k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 16 | 133 | |
| | % | 10,7 | 89,3 | |

| | | | | |
|---|------------|------|------|--|
| 5 - nejhorší vztah - oba ne moc dobrý nebo velmi špatný, jeden ne moc dobrý, druhý velmi špatný | abs. čísla | 11 | 70 | |
| | % | 13,6 | 86,4 | |

Tab. 4: Vztah k rodičům a pití alkoholu během posledních 30 dnů

| | | aktuální abstinent | příležitostné pití | pravidelné pití | statistická významnost (χ^2) |
|---|------------|--------------------|--------------------|-----------------|-------------------------------------|
| 1. nejlepší – velmi dobrý | abs. čísla | 660 | 476 | 286 | p < 0,036 |
| | % | 46,4 | 33,5 | 20,1 | |
| k jednomu rodiči velmi dobrý, k druhému dobrý | abs. čísla | 247 | 188 | 129 | |
| | % | 43,8 | 33,3 | 22,9 | |
| k oběma dobrý, k jednomu velmi dobrý a k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 163 | 161 | 101 | |
| | % | 38,4 | 37,9 | 23,8 | |
| k jednomu dobrý, k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 51 | 58 | 40 | |
| | % | 34,2 | 38,9 | 26,8 | |
| 5. Nejhorší vztah – oba ne moc dobrý nebo velmi špatný, jeden ne moc dobrý a druhý velmi špatný | abs. čísla | 32 | 29 | 20 | |
| | % | 39,5 | 35,8 | 24,7 | |

Graf 2



Tab. 5: Vztah k rodičům a opilost za život

| | | ne | ano | statistická významnost (χ^2) |
|--|------------|------|------|-------------------------------------|
| 1.- nejlepší vztah – k oběma rodičům velmi dobrý | abs. čísla | 860 | 562 | p < 0,004 |
| | % | 60,5 | 39,5 | |
| k jednomu rodiči velmi dobrý, k druhému dobrý | abs. čísla | 306 | 258 | |
| | % | 54,3 | 45,7 | |

| | | | | |
|--|-------------|------|------|--|
| k oběma rodičům dobrý, nebo k jednomu velmi dobrý a k druhému ne moc dobrý | abs. čísla. | 222 | 203 | |
| | % | 52,2 | 47,8 | |
| k jednomu rodiči dobrý, k druhému ne moc dobrý | abs. čísla. | 80 | 69 | |
| | % | 53,7 | 46,3 | |
| 5. -nejhorší vztah – k oběma rodičům ne moc dobrý nebo velmi špatný nebo k jednomu ne moc dobrý a k druhému velmi špatný | abs. čísla | 40 | 41 | |
| | % | 49,4 | 50,6 | |

Tab. 6: Vztah k rodičům a opilost během posledních 30 dnů

| | | ne | příležitostná | častá | statistická významnost (χ^2) |
|---|------------|------|---------------|-------|-------------------------------------|
| 1. nejlepší vztah – k oběma velmi dobrý | abs. čísla | 1142 | 245 | 35 | p < 0,039 |
| | % | 80,3 | 17,2 | 2,5 | |
| k jednomu rodiči velmi dobrý, k druhému dobrý | abs. čísla | 452 | 99 | 13 | |
| | % | 80,1 | 17,6 | 2,3 | |
| k oběma dobrý, nebo k jednomu velmi dobrý a k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 328 | 76 | 21 | |
| | % | 77,2 | 17,9 | 4,9 | |
| k jednomu rodiči dobrý, k druhému ne moc dobrý | abs. čísla | 110 | 29 | 10 | |
| | % | 73,8 | 19,5 | 6,7 | |
| 5. - nejhorší vztah – k oběma ne moc dobrý nebo velmi špatný nebo k jednomu ne moc dobrý a k druhému velmi špatný | abs. čísla | 62 | 17 | 2 | |
| | % | 76,5 | 21 | 2,5 | |

Graf 3

Tab. 7: Vztah struktury rodiny a kouření u dětí za život

| | | nekuřák | experimentátor | kuřák | statistická významnost (χ^2) |
|--|--|---------|----------------|-------|-------------------------------------|
| | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|------------|------|------|------|-----------|
| úplná | abs. čísla | 918 | 586 | 330 | p < 0,002 |
| | % | 50,1 | 32,0 | 18,0 | |
| rekonstruovaná | abs. čísla | 164 | 113 | 89 | |
| | % | 44,8 | 30,9 | 24,3 | |
| jeden rodič - vlastní | abs. čísla | 187 | 118 | 103 | |
| | % | 45,8 | 28,9 | 25,2 | |
| ostatní | abs. čísla | 23 | 7 | 12 | |
| | % | 54,8 | 16,7 | 28,6 | |

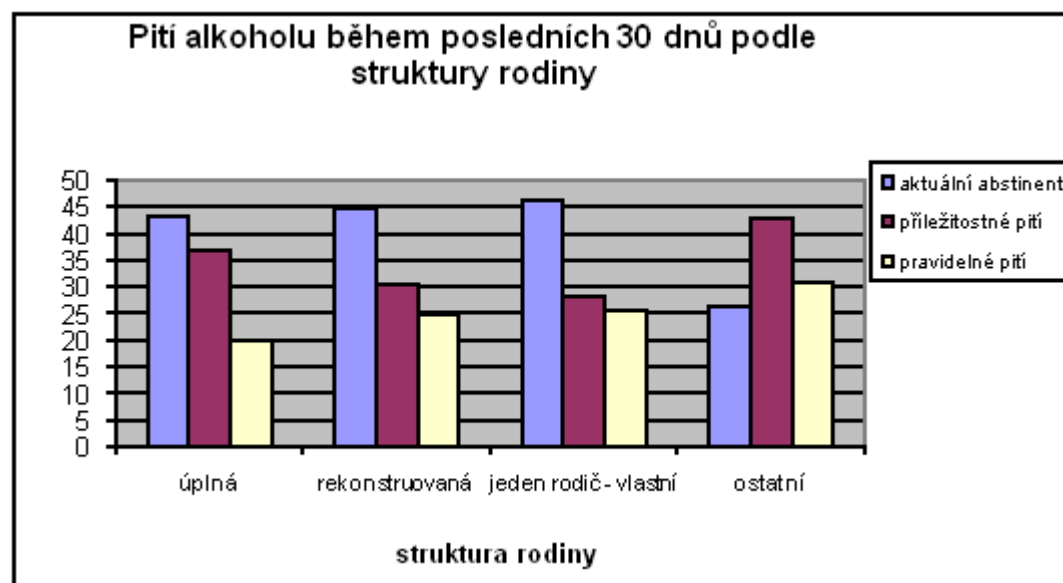
Tab. 8: Vztah struktury rodiny a kouření u dětí během posledních 30 dnů

| | | aktuální nekuřák | příležitostný kuřák | pravidelný kuřák | statistická významnost (χ^2) |
|-----------------------|------------|------------------|---------------------|------------------|-------------------------------------|
| úplná | abs. čísla | 1447 | 193 | 194 | p < 0,029 |
| | % | 78,9 | 10,5 | 10,6 | |
| rekonstruovaná | abs. čísla | 274 | 35 | 57 | |
| | % | 74,9 | 9,6 | 15,6 | |
| jeden rodič - vlastní | abs. čísla | 300 | 52 | 56 | |
| | % | 73,5 | 12,7 | 13,7 | |
| ostatní | abs. čísla | 31 | 3 | 8 | |
| | % | 73,8 | 7,1 | 19,0 | |

Tab. 9: Vztah struktury rodiny a pití alkoholu u dětí za život

| | | abstinent | konzument | statistická významnost (χ^2) |
|-----------------------|------------|-----------|-----------|-------------------------------------|
| úplná | abs. čísla | 287 | 1547 | p < 0,03 |
| | % | 15,6 | 84,4 | |
| rekonstruovaná | abs. čísla | 70 | 296 | |
| | % | 19,1 | 80,9 | |
| jeden rodič - vlastní | abs. čísla | 54 | 354 | |
| | % | 13,2 | 86,8 | |
| ostatní | abs. čísla | 2 | 40 | |
| | % | 4,8 | 95,2 | |

Graf 4



Tab. 10: Vztah struktury rodiny a pití alkoholu během posledních 30 dnů

| | | aktuální abstinents | příležitostné pití | pravidelné pití | statistická významnost (χ^2) |
|-----------------------|------------|---------------------|--------------------|-----------------|-------------------------------------|
| úplná | abs. čísla | 794 | 673 | 367 | p < 0,001 |
| | % | 43,3 | 36,7 | 20,0 | |
| rekonstruovaná | abs. čísla | 164 | 111 | 91 | |
| | % | 44,8 | 30,3 | 24,9 | |
| jeden rodič - vlastní | abs. čísla | 188 | 115 | 105 | |
| | % | 46,1 | 28,2 | 25,7 | |
| ostatní | abs. čísla | 11 | 18 | 13 | |
| | % | 26,2 | 42,9 | 31,0 | |

Tab. 11: Vztah struktury rodiny a opilosti za život

| | | ne | ano | statistická významnost (χ^2) |
|-----------------------|------------|------|------|-------------------------------------|
| úplná | abs. čísla | 1055 | 779 | p < 0,003 |
| | % | 57,5 | 42,5 | |
| rekonstruovaná | abs. čísla | 211 | 155 | |
| | % | 57,7 | 42,3 | |
| jeden rodič - vlastní | abs. čísla | 234 | 174 | |
| | % | 57,4 | 42,6 | |
| ostatní | abs. čísla | 12 | 30 | |
| | % | 28,6 | 71,4 | |

Tab. 12: Vztah struktury rodiny a opilosti během posledních 30 dnů

| | | ne | příležitostná | častá | statistická významnost (χ^2) |
|-----------------------|------------|------|---------------|-------|-------------------------------------|
| úplná | abs. čísla | 1481 | 304 | 49 | p = 0,000 |
| | % | 80,8 | 16,6 | 2,7 | |
| rekonstruovaná | abs. čísla | 276 | 72 | 18 | |
| | % | 75,4 | 19,7 | 4,9 | |
| jeden rodič - vlastní | abs. čísla | 322 | 76 | 10 | |
| | % | 78,9 | 18,6 | 2,5 | |
| ostatní | abs. čísla | 22 | 15 | 5 | |
| | % | 52,4 | 35,7 | 11,9 | |

Diskuse

Sledováno bylo kouření a pití alkoholu za život a za poslední měsíc. Jako nekuřáci byli označeni dotazovaní, kteří v životě nikdy nekouřili. Experimentátoři kouřili 1-5x za život, kuřáci kouřili 5x a častěji za život. Příležitostní kuřáci byli ti, kteří kouřili v posledním měsíci s menší než denní frekvencí, pravidelní kuřáci kouřili s denní frekvencí, aktuální nekuřáci v průběhu posledního měsíce vůbec nekouřili. Abstinents nikdy alkohol v životě nepili. Za příležitostné pití alkoholu bylo označeno pití alkoholu 1-2x měsíčně, za pravidelné pití alkoholu bylo označeno pití 3x a častěji za měsíc. Příležitostná opilost označovala opití se 1-2x za měsíc, častá opilost 3x a více měsíčně. Můžeme pozorovat, že se zlepšujícím se vztahem k rodičům mají děti menší zkušenosti s kouřením za život a zároveň se také se zlepšujícím se vztahem k rodičům vyskytuje méně pravidelných kuřáků (mezi dětmi, které mají velmi dobrý vztah k rodičům, je 11 % pravidelných kuřáků, zatímco u dětí s ne moc dobrým a špatným vztahem je 24,7 % pravidelných kuřáků) (tab. 1, 2, graf 1). Totéž se ukázalo i u pití alkoholu (tab. 3, 4, 5, 6, graf 2). Mezi dětmi s velmi dobrým vztahem k rodičům se nikdy neopilo 60,5 % dětí, zatímco u dětí s ne moc dobrým a špatným vztahem se nikdy neopilo 49,4 % dětí. Vliv vztahu k rodičům na kouření a pití alkoholu je statisticky významný. Rodiny dětí byly rozděleny do čtyř skupin. V první jsou děti s úplnou rodinou, které žijí s oběma biologickými rodiči. Ve druhé jsou děti, které mají jednoho biologického a jednoho nevlastního rodiče, tedy

rodiny rekonstruované, ve třetí děti, které žijí pouze s jedním rodičem (vlastním), ve čtvrté skupině „ostatní“ děti, které žijí s nevlastním rodičem, prarodiči atd. Mezi formální strukturou rodiny, v níž dítě vyrůstá, a jeho kouřením existuje vztah, který nasvědčuje tomu, že nejvyšší výskyt nekuřáků a nejnižší výskyt kuřáků je u dětí, které vyrůstají v úplné rodině s oběma vlastními rodiči (tab. 7, graf 3). U dětí s jedním vlastním rodičem je výskyt kuřáků vyšší – 25,2 % oproti 18 % u dětí z úplných rodin. Taktéž v rodinách rekonstruovaných je výskyt kuřáků vyšší – 24,3 % (nejčastěji jde o rodinu, kde se o děti stará vlastní matka a nevlastní otec). Nejvyšší výskyt kuřáků – 28,6 % je z rodin „ostatních“, což se týká dětí, které nemají ani jednoho vlastního rodiče. Tyto rodiny jsou ve vzorku zastoupeny marginálně. Taktéž v případě aktuálního kuřáctví během posledního měsíce je kuřáctví v neúplných a rekonstruovaných rodinách více rozšířené (tab. 8). Počet příležitostných kuřáků činí u dětí s jedním vlastním rodičem 13,7 % , v rodinách rekonstruovaných – 15,6 % a nejvíce pravidelných kuřáků je opět z rodin „ostatních“ - 19 % oproti 10,6 % u dětí z úplných rodin. V úplných rodinách pije pravidelně alkoholické nápoje 20 % dětí, mezi dětmi s jedním vlastním rodičem 25,7 %, z rekonstruovaných rodin 24,9 % dětí a z rodin „ostatních“ 31 % (tab. 10, graf 4). Jednou a více měsíčně se opijí 19,3 % dětí z úplných rodin, 21,1 % dětí s jedním vlastním rodičem, 24,6 % dětí z rekonstruovaných rodin a 47,6 % z rodin „ostatních“ (tab. 12). Vliv formální struktury rodiny na kouření a pití alkoholu je statisticky vlivný.

Závěr

Výzkum prokázal souvislost mezi rodinným prostředím a kouřením a pitím alkoholu u dětí. Se zlepšujícím se vztahem k rodičům se snižuje prevalence kuřáctví a pití alkoholu u dětí. Také děti, které žijí v úplné rodině, méně kouří a pijí alkohol. Prevalence rizikového chování u dětí je ovlivňována třemi faktory: vlastnostmi a schopnostmi jedince, vlivem prostředí a v případě závislosti pak také vlastnostmi látky samotné. Rodina je jedním z nejdůležitějších faktorů vnějšího prostředí ovlivňujících rizikové chování dětí a je významným ochranným faktorem v prevenci sociálně patologických jevů. Vzhledem k tomu, že dětská populace patří k nejvíce ohrožené sociálně patologickými jevy, by měla být většina preventivních programů cílena právě na tuto populační skupinu. Důležitá je proto výchova ke zdravému způsobu života, zejména ve školách a školských zařízeních, nejčastěji formou primární prevence, která zasahuje jedince před rozvinutím různých specifických poruch. Podle některých autorů jsou právě pro-drogové postoje, chybné vnímání škodlivosti drog a nízká informovanost o drogách považovány za jedny z rizikových faktorů užívání legálních drog. Proti-drogové postoje, správné vnímání škodlivosti drog a vysoká informovanost jsou potom považovány za protektivní faktory. Rodina a škola jsou místa, na něž by se každá preventivní iniciativa měla primárně orientovat.

Literatura:

1. CSÉMY, L. et al. Životní styl a zdraví českých školáků. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2005, s. 139, ISBN 80-85121-94-8.
2. ČERNÝ, M.: Drogy, alkohol a rodičovství, 1. vyd., Brno: Zdravotní ústav se sídlem v Brně, 2005.
3. KALINA a kol. Drogy a drogové závislosti II. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády Praha, s. 343, 2003, ISBN 80-86734-05-6.
4. KOUKOLÍK, F., DRTINOVÁ, J.: Vzpoura deprivantů. Praha: Portál, 1996, s. 303, ISBN 80-901776-8-9.
5. MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A.: Mládež a delikvence. Praha: Portál, 1998, s. 335, ISBN 80-7178-226-2.
6. NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: Průchozí drogy. Co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající, 1. vyd., Praha: Fortuna, s. 28, 2002, ISBN 80-7071-198-1.
7. VÁGNEROVÁ, M.: Vývojová psychologie 1. Praha: Karolinum, 2005, s. 467, ISBN 80-246-0956-8.

Adresa autora:

Ing. MUDr. Markéta Kastnerová
Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví,
Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích,

Adresa pro korespondenci:

Plzeňská 20, České Budějovice 370 04, Česká republika, marketa.kastnerova@gmail.com

Rada vlády Slovenskej republiky pre seniorov.

Dňa 9. júla 2008 prijala vláda Slovenskej republiky uznesenie č. 488, ktorým schvaľuje štatút Rady vlády pre seniorov. Za predsedu Rady bol vymenovaný pán Dušan Čaplovič, podpredseda vlády Slovenskej republiky. Podpredsedníčkou Rady bola menovaná pani Viera Tomanová, ministerka práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Riaditeľkou spoločného sekretariátu Rady bola menovaná pani Jolana Javorková, tajomníčkou Rady pani Mária Konečná.

Rada vlády SR pre seniorov vznikla na podnet mimovládnych organizácií zastupujúcich záujmy seniorov, aby mohli participovať na legislatívnych procesoch týkajúcich sa problematiky seniorov. Rada bola zriadená ako poradný orgán vlády v otázkach zabezpečovania a zlepšovania životných podmienok seniorov, a to hlavne v zdravotno-sociálnej oblasti. Úlohou Rady je za pomoci expertov monitorovať a analyzovať životné podmienky seniorov, hľadať riešenia na ich zlepšenie a podávať návrhy Rade na prerokovanie a po schválení návrhov predkladať vláde SR na realizáciu.

Dňa 9. februára 2009 sa uskutočnilo prvé zasadnutie Rady, na ktorom predseda Rady Dušan Čaplovič a podpredsedníčka Rady Viera Tomanová odovzdali menovacie dekréty stálym a nestálym členom Rady. V ďalšom bol schválený rokovací poriadok Rady a boli zriadené tri odborné pracovné skupiny Rady: pre zdravotnú problematiku, pre sociálnu problematiku a pre aktualizáciu Národného programu ochrany starších ľudí. Taktiež bol prijatý plán práce Rady na rok 2009.

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.
Člen Rady vlády SR pre seniorov